



TESIS UANCV



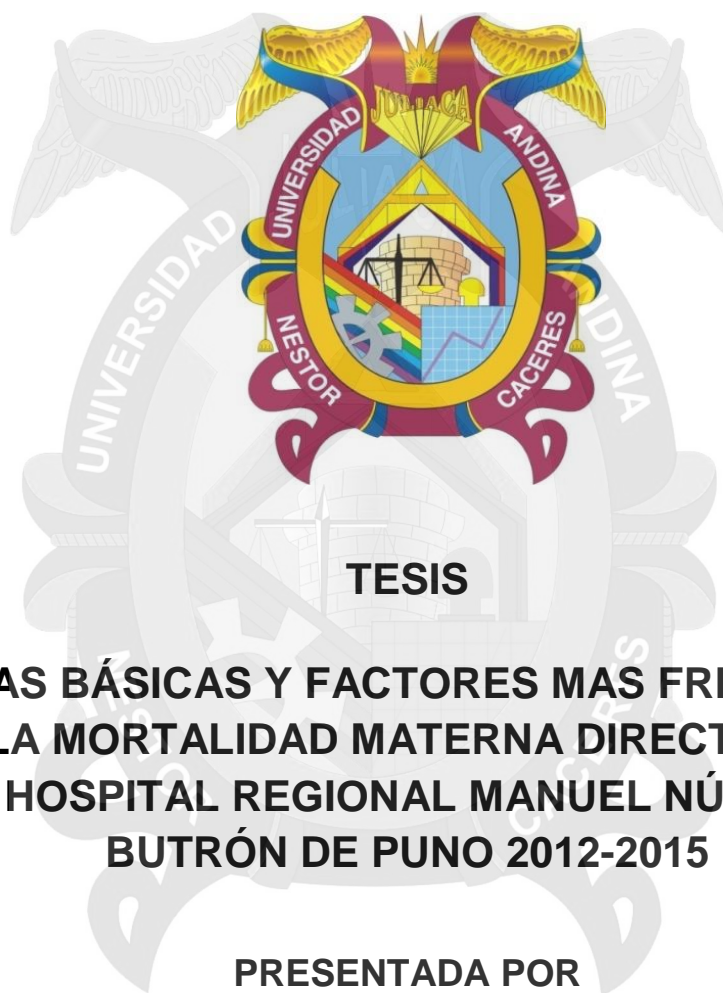
UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

**UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD

MENCION: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



TESIS

**CAUSAS BÁSICAS Y FACTORES MAS FRECUENTES
DE LA MORTALIDAD MATERNA DIRECTA EN EL
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ
BUTRÓN DE PUNO 2012-2015**

**PRESENTADA POR
ROSA DANIRA CHUQUIMIA RIVERA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN SALUD**

JULIACA-PERÚ

2017



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD

MENCION: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TESIS

CAUSAS BÁSICAS Y FACTORES MAS FRECUENTES
DE LA MORTALIDAD MATERNA DIRECTA EN EL
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ
BUTRÓN DE PUNO 2012-2015

PRESENTADA POR
ROSA DANIRA CHUQUIMIA RIVERA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN SALUD

APROBADA POR EL JURADO:

PRESIDENTE

:


Dra. CAROL KINMERLY ZÚÑIGA ZÚÑIGA

PRIMER MIEMBRO

:


Mgtr. GRACIELA BERNAL SALAS

SEGUNDO MIEMBRO

:


Dr. MARIO QUISPE RODRÍGUEZ

ASESOR DE TESIS

:


Dr. LUIS ANTONIO MALDONADO NEYRA



TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO

ESCUELA DE POSGRADO
UANCV

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 755 - USA - 2017- EPG/UANCV-J

Juliaca, 06 de Setiembre del 2017

VISTOS:

El expediente Sol. Val N° 146440 del (a) Bachiller **ROSA DANIRA CHUQUIMIA RIVERA**, con número de matrícula **1610101376** de la Maestría en Salud Mención: Salud Sexual y Reproductiva, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Bach., **ROSA DANIRA CHUQUIMIA RIVERA**, con número de matrícula **1610101376** de la Maestría en Salud Mención: Salud Sexual y Reproductiva, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca; ha Solicitado la Sustentación del Dictamen de Tesis denominada **CAUSAS BÁSICAS Y FACTORES, MAS FRECUENTES DE LA MORTALIDAD MATERNA DIRECTA EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN DE PUNO 2012 - 2015** para ser sustentada.

Que, el (a) referido (a) Dictamen de Tesis aprobado por los jurados el **16 de Agosto del 2017**, establece la fecha de sustentación; habiendo para el efecto cumplido los requisitos establecidos en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Magister y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

Que, en el Artículo 70 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico, de actualidad y de alto valor científico;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "h" del artículo 15 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 74 del Estatuto Universitario.

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los miembros del Jurado que calificarán la sustentación de la tesis del (a) Bach. **ROSA DANIRA CHUQUIMIA RIVERA**, con número de matrícula **1610101376** de la Maestría en Salud Mención: Salud Sexual y Reproductiva, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca, quien ha presentado el Dictamen de Tesis **CAUSAS BÁSICAS Y FACTORES, MAS FRECUENTES DE LA MORTALIDAD MATERNA DIRECTA EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN DE PUNO 2012 - 2015** nominado como **ASESOR** la **Dr. Luis Antonio Maldonado Neyra**, siendo los jurados los siguientes docentes:

Presidente	Dra. CAROL KINMERLY ZUÑIGA ZUÑIGA
Primer Miembro	Mgtr. GRACIELA BERNAL SALAS
Segundo Miembro	Dr. MARIO QUISPE RODRIGUEZ

SEGUNDO.- DETERMINAR que la fecha de sustentación de Tesis, que se llevará a cabo fijando el siguiente lugar, fecha y hora:

Fecha	Jueves 07 de Setiembre del 2017
Hora	11.00 a.m.
Local	Escuela de Posgrado - UANCV - JULIACA

A cuya finalización el Jurado registrará los resultados en el Libro de Actas de Sustentación de Tesis de Maestría con el grado de **MAGISTER** a los estudiantes que ingresaron. Anterior a la aprobación de la ley Universitaria N° 30220.

TERCERO.- ELEVAR la presente Resolución al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese y Archívese.

Cc./Archiv
OCM/vjcv



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
Dr. Obedilio Collantes Meris
DIRECTOR



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
Mg. Luis Chayña Aguilar
SECRETARIO ACADÉMICO



A Dios por ser quien me ayudo para lograr mi objetivo.

A mis hijos Nicolle y Luis, que me acompañaron en esta aventura que significo la maestría y que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos.

A mis padres: Pablo y Rosa, como un testimonio de cariño y terno agradecimiento por mi existencia, valores morales y formación profesional. Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que estoy muy agradecida por su apoyo que me brindaron durante mi trabajo de investigación que Dios los bendiga gracias.



Mi sincero agradecimiento a la Universidad Andina Nestor Cáceres Velásquez por ser la institución que me brindo la formación de posgrado y darme la oportunidad de lograr la anhelada superación.

A mi asesor Dr. Luis Maldonado Neyra, por su apoyo en mi trabajo de investigación, a mi jurado; Dra. Carol Zúñiga Zúñiga, Dra. Graciela Bernal Salas, Dr. Mario Quispe Rodríguez. Por sus sugerencias y aportes, a los trabajadores del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón al área de admisión que prestaron las historias clínicas, DIRESA que me proporcionaron la información necesaria, a las gestantes que son la razón de esta investigación.



INDICE

ÍNDICE.....	i
RESUMEN.....	iii
ABSTRAC.....	v

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA _Toc496182455

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	1
1.1.1. Exposición de la situación problemática	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.4. OBJETIVOS	5
1.4.1. Objetivo general.	5
1.4.2. Objetivos específicos.....	5

CAPÍTULO II

EL MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.2. BASES TEÓRICAS	18
2.3. HIPÓTESIS	36
2.3.1. Hipótesis general.....	36



2.3.2. Hipótesis específicas	36
2.4. VARIABLES	37
2.4.1. Indicadores para medir la mortalidad materna.....	37
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	38

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	39
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.(45).....	40
3.4. TÉCNICAS, FUENTES Y PROCEDIMIENTOS	41
3.5. ESTILOS DE REDACCIÓN	41
3.6. MATRIZ DE CONSISTENCIA	42

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	43
4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	65

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS



RESUMEN

La mortalidad materna es un problema de salud pública en nuestro país y Puno es una de las primeras regiones que tienen altas tasas de mortalidad materna.

El objetivo fundamental de la presente investigación fue el de conocer las causas básicas y los factores más frecuentes de la mortalidad materna directa en el Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno.

Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo retrospectivo transversal de las historias clínicas de los casos de muerte materna ocurridas desde el 2012 al 2015. Se utilizó una ficha de recolección de datos para las causas y factores. Los datos se procesaron con el software IBM SPSS.

Se encontraron los siguientes resultados; fueron identificados 16 casos de muerte materna, y de éstos, 75% fueron por causa directa y 25% por causas indirectas.

Los factores relacionados a la mortalidad materna de causa directa fueron: la edad intermedia de 28 a 31 años de edad y la máxima de 39 años de edad. El 93,7% de muertes tenían el seguro integral de salud; el 62,5% eran de



procedencia rural; el 37,5% tenía cierto nivel de educación; el 75% tuvo control pre-natal. Se realizaron cesáreas por eclampsia a un 37,5%; el 56,3% fallecieron en el primer día de puerpera y el 25% tuvo tratamiento quirúrgico en el puerperio.

Las razones de mortalidad materna por año en el hospital son: el año 2012 con 198,9 x 100,000 nacidos vivos; el año 2013 con 41,6 x 100,000 nacidos vivos; el año 2014 con 207,6 x 100,000 nacidos vivos; el año 2015 con 210,6 x 100,000 nacidos vivos. Los hallazgos nos permiten concluir que las razones de mortalidad materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, a nivel nacional, son altas.

Palabras clave: Mortalidad materna, causas básicas.



ABSTRACT

Maternal mortality is a public health problem in our country and Puno is one of the first regions to have high rates of maternal mortality.

The main objective of the present investigation was to know the basic causes and the most frequent factors of the direct maternal mortality in the Hospital Manuel Nuñez Butron of Puno.

This is a quantitative retrospective cross-sectional descriptive study of the medical records of maternal deaths occurred from 2012 to 2015. A data collection sheet was used for the causes and factors. Data was processed with IBM SPSS software.

The following results were found; 16 cases of maternal death were identified, of which 75% were for direct cause and 25% for indirect causes.

The factors related to direct cause maternal mortality were: the intermediate age of 28 to 31 years of age and the maximum of 39 years of age. 93.7% of deaths had comprehensive health insurance; 62.5% were of rural origin; 37.5% had a certain level of education; 75% had prenatal care.



Cesarean sections were performed for eclampsia at 37.5%; 56.3% died on the first day of postpartum and 25% had surgical treatment in the puerperium.

The reasons for maternal mortality per year in the hospital are: 2012 with 198.9 x 100,000 live births; the year 2013 with 41.6 x 100,000 live births; the year 2014 with 207.6 x 100,000 live births; the year 2015 with 210.6 x 100,000 live births. The findings allow us to conclude that the reasons for maternal mortality in the Regional Hospital Manuel Nunez Butron de Puno, at national level, are high.

Key words: Maternal mortality, basic causes.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La mortalidad materna es un indicador que lleva implícito su relación con el embarazo, parto y puerperio, es considerado también como un indicador básico de calidad de atención de la salud integral de la mujer en edad reproductiva, expresa la falta de equidad, la exclusión social y permite evidenciar el grado de organización y accesibilidad a los servicios de salud. Las muertes maternas por regiones en el 2010 en nuestro país fueron: en Arequipa 10 defunciones maternas, en Puno 52 defunciones maternas siendo la más alta del país y en todo el Perú fue de 457 defunciones maternas (1).

La muerte de una mujer durante el embarazo y puerperio en los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de su duración y lugar, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el mismo o la atención recibida, pero no por causas accidentales o incidentales.



1.1.1. Exposición de la situación problemática

En Puno las muertes maternas son más altas que en otras regiones del país por: la difícil accesibilidad geográfica a los servicios de salud, por barreras culturales, por maltrato al usuario, falta de recursos humanos capacitados, demora en la atención especializada, falta de sangre en el Banco de sangre del Hospital (2).

“De la calidad de vida de la población. Asociado al nivel Perú: social, económico y cultural del país. Expresión fidedigna de la inequidad y exclusión social. De la cobertura y calidad de los servicios de salud. Del ejercicio de los derechos sexuales reproductivos de la mujer”. (22)

En Sudamérica en el 2010: Bolivia tiene la más alta tasa de mortalidad materna con 290 x 100,000 nacidos vivos y le sigue el Perú con 240 x 100,000 nacidos vivos (3).

Las causas directas más comunes de mortalidad materna son: las hemorragias, las infecciones y la hipertensión inducida por el embarazo (4).



1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante desde el punto de vista científico, por ser un estudio a nivel del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno el mismo que es de referencia, según la última categorización del 2010, de tipo II-2, tiene recursos humanos, físicos y materiales, para atender la demanda de salud de Puno y de sus provincias; por lo tanto este estudio de la mortalidad materna del Hospital pretende llegar a conclusiones y recomendaciones que orienten a las autoridades de salud a formular políticas regionales y locales a favor de la salud materna y contribuir al desarrollo regional sostenible.

El problema principal de las madres gestantes en la región Puno, es la muerte materna debido entre otras causas a la falta de atención hospitalaria oportuna, controles periódicos, acceso a los centros de salud, creencias y mitos arraigadas sobre la gestación y el parto, así como desnutrición tanto crónica como aguda, sobre todo por cuadros de anemia, Los cuales son trascendentales y que requieren solución inmediata, por ello esta investigación permitirá tener información actualizada, detallada y en base a este conocimiento sistematizado, analizado; poder incidir en el tratamiento y solución de las causas principales de muerte materna, de tal manera que las autoridades tomadoras de decisión puedan otorgar medidas adecuadas para las soluciones más convenientes en base a los resultados obtenidos y conclusiones a los que se llegue.



Ante ello se plantearon las siguientes interrogantes de investigación:

1.2.1. Problema general

PG: ¿Cuáles son las causas básicas y cuáles son los factores más frecuentes de la mortalidad materna directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012- 2015?

1.2.2. Problemas específicos

- **PE 1.-** ¿Cuáles son las causas básicas de las muertes maternas directas por años ocurridas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015?
- **PE 2.-** ¿Cuáles son los factores relacionados a la ocurrencia de mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015?
- **PE 3.-** ¿Cuál es el período clínico, aborto, puerperio, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital regional, atención del parto y la razón de mortalidad materna por año en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015?



1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las gestantes tienen sus propias características fisiológicas que condicionan un mayor riesgo de muerte materna y con los costes sociales, por lo que el presente trabajo tiene el criterio de relevancia contemporánea, al abordar este problema de Salud Pública cuyos resultados podrán ayudar en la disminución de la mortalidad materna y tratamiento oportuno.

Esta investigación estudia un problema actual que implica a la mujer en la etapa reproductiva, por el riesgo que tiene de morir a causa del embarazo siendo una mujer en 140 en el Perú.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general.

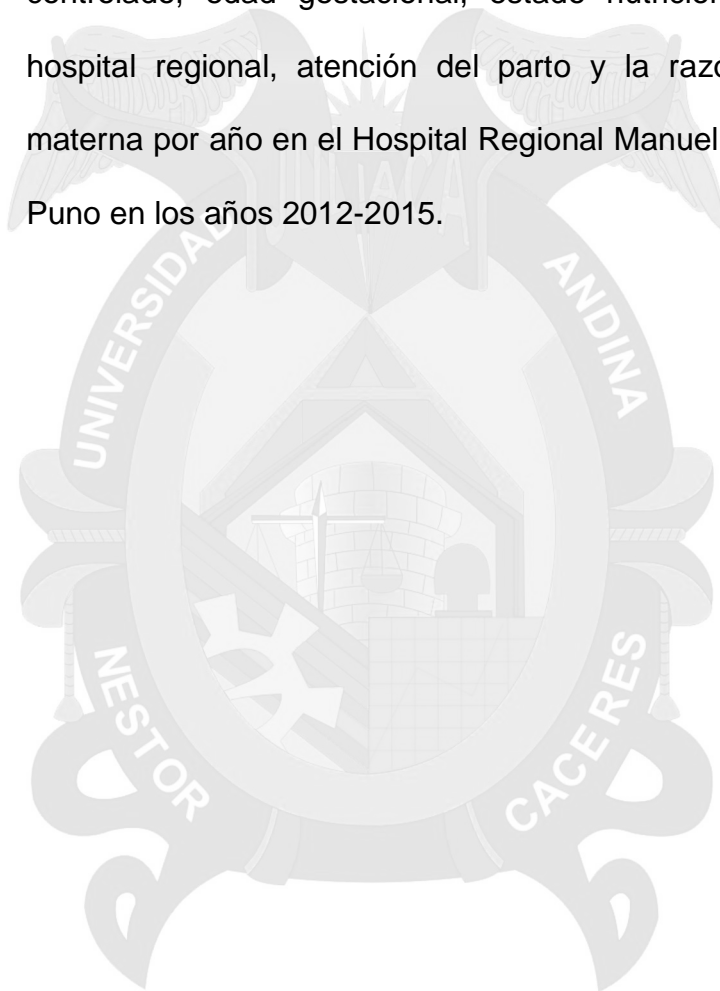
- OG. Determinar las causas básicas y los factores más frecuentes de mortalidad materna directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2012-2015.

1.4.2. Objetivos específicos

- OE 1.- Identificar la causa básica de las muertes maternas directas ocurridas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015.



- **OE 2.-** Identificar los factores relacionados a la ocurrencia de mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015.
- **OE 3.-** Establecer el periodo clínico aborto, puerperio, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital regional, atención del parto y la razón de mortalidad materna por año en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015.





CAPÍTULO II

EL MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mortalidad Materna, experiencia de 4 años en El Hospital Nacional Cayetano Heredia. Revisión Ginecológica Obste. 2009; 50 (2): pp. 97-100. (7).

“Estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos, en base a datos de todos los casos de muerte materna ocurridas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre 1998 y 2001”. (7) “Encontró su registro 12446 nacidos vivos y 14 muertes maternas, obteniéndose una tasa de muerte materna de 112,5 por 100 nacidos vivos. El principal tipo de muerte materna fue la indirecta, con 57,1% (8 casos), siendo la causa principal el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) en 21,4% (3 casos)”. (7) “La muerte directa representó 42,9% (6 casos), predominó el aborto séptico con 28% (4 casos). En los últimos dos años ocurrió solo un caso de muerte materna de tipo directa causada por eclampsia; sin embargo, ocurrieron cinco casos de muerte materna de tipo indirecta, 3



de ellas por SIDA. Concluyó que la mortalidad por causas tuvo un comportamiento irregular, con una tendencia al descenso en las causas directas y un incremento marcado en las indirectas". (7)

FANEITE, A. y CARNIERI, M. Mortalidad Materna Directa. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1992-2000, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela. 2003.

Estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico, analítico de las muertes maternas sucedidas durante el período de 1982-2000, en el cual hubo 38 482 nacidos vivos. Se analizaron 25 historias de las cuales 19 fueron por causas directas y 6 indirectas se hizo el estudio en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Encontró los siguientes resultados: La tasa de mortalidad materna directa fue 49,37 por 100 000. Las principales causas de muerte fueron por hemorragia, toxemia y sepsis con un 47,37%, 31,58% y 15,79%, respectivamente. Las seis muertes no obstétricas fueron dos neumonías, dos meningitis, dos insuficiencias renales agudas.

Entre los factores predominaron las procedentes del Estado Carabobo (63,15%) residentes en barrios (57,89%), soltería (84,21%), con instrucción primaria (68,42%). El antecedente familiar determinante fue la hipertensión (26,31%), al igual que el personal (10,52%), con edad



materna entre 35-39 años (42,10%) y sin control prenatal (31,57%). En el estado obstétrico destacaron las gestantes, de II-VII (57,89%), edad de embarazo 37-41 semanas (52,63%), muerte en estado pos cesárea (42,10%), el lapso de ingreso a la muerte de 72 horas (31,57%) y menor de 6 horas (26,31%), y la hora de muerte más frecuente fue la noche y madrugada (68,41%). Se realizó autopsia al 21,05%.

Concluyendo que las tasas permanecen elevadas con tendencia a disminuir, con predominio de las causas hemorrágicas, lo que implica una amplia estrategia preventiva.

PINEDO, A.; TÁVARA, L; CHUMBE, O.; PARRA, J. Factores de Riesgo Asociados a la Mortalidad Materna. Rev. Gineco y obstetricia -Vol. 41 N°3. Set 2012.

“Estudio analítico de corte sobre 21621 casos ingresados al Sistema Informático Perinatal entre el 1 de Julio de 1988 y el 31 de Diciembre de 1992. Se identificó todos los casos de muerte materna y utilizando una tabla de doble entrada se calculó el riesgo relativo (RR) y el riesgo atribuible a la población por ciento (RAP) de las variables sociales antropométricas, biológicas, las patologías del embarazo, parto y puerperio. La prueba estadística aplicada fue el cálculo del Intervalo de Confianza al 95% (IC 95 %). (9) Resultados: “Los factores de riesgo importantes por el RR con significancia estadística fueron: estado civil soltera, falta de control prenatal, eclampsia, tuberculosis, infección



puerperal, hemorragia del II trimestre, edad gestacional mayor a 37 semanas, anemia, hemorragia puerperal, hemorragia del III trimestre, aborto séptico e infección urinaria". (9) Concluyendo: "Se encontró asociación entre muerte materna y falta de control prenatal estado civil soltero y patologías prevalentes del embarazo". (9)

PASARA, F. Análisis de la Mortalidad Materna. ASÍS, DIRESA, Puno, Perú. 2012.

Llega a las siguientes conclusiones:

"Dado que un gran porcentaje de las muertes maternas ocurren en establecimientos de salud, es necesario incidir en el manejo adecuado de los protocolos establecidos para la atención y ofrecer servicios de salud de alta calidad". (10)

VELASCO-MURILLO, V. (2008). El descenso de la mortalidad materna en el IMSS. 2000-2005. Rev. Med. Inst. Méx. Seguro Soc. 2008; 46 (2): pp. 211-218.

"Describe el comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna hospitalaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo 2000-2005, y determina la posible relación con un programa específico para su reducción iniciado en 2001". (11)



"Material y métodos: con base en los reportes de muerte materna de los comités institucionales de estudios en la materia, se recolectó la información sobre 253 y 144 defunciones maternas hospitalarias ocurridas entre el 2012 y el 2015, y se compararon tasas, causas, tipo, edad, paridad, historia de atención prenatal y previsibilidad al ingreso a la unidad médica donde ocurrieron". (11) "Las cifras de natalidad se obtuvieron del Sistema Único de Información, subsistema 10 "Egresos Hospitalarios" de la propia institución. Para el análisis se utilizaron estadística descriptiva y los valores de χ^2 . Resultados: la tasa de mortalidad materna se redujo 30,8 % al pasar de 39 por 100 mil nacimientos en 2000, a 27 en 2005; las muertes obstétricas directas disminuyeron de 77,1 a 66,7 %; todas las tasas específicas de mortalidad por edad disminuyeron, aunque en porcentajes variables. La Pre eclampsia- eclampsia, la hemorragia obstétrica y el aborto, representaron más de 50 % de las causas de muerte en los dos años comparados. No hubo cambios apreciables en el resto de las variables estudiadas". (11)

Conclusiones: "la reducción en la tasa general de mortalidad materna hospitalaria, en la proporción de muertes obstétricas directas y en las tasas específicas de mortalidad por edad, coincidió cronológicamente con el desarrollo de un programa para mejorar la oportunidad y calidad de la atención obstétrica en la institución, que permite inferir una relación de causa-efecto. Se requiere una observación más prolongada para confirmar este comportamiento epidemiológico". (11)



DONOSO, E. Mortalidad materna en Chile, 2009-2013

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile. 2012.

"Antecedentes: La mortalidad materna es un problema importante de salud pública, especialmente en los países menos desarrollados. Objetivo: Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el período 2010-2014". (12) "Método: Estudio de tendencia de la mortalidad materna según análisis de correlación de Pearson. El número de muertes maternas, recién nacidos vivos, edad de las fallecidas y causas de muertes, se extraen de los Anuarios de Estadísticas Vitales. Resultados: En el período estudiado la mortalidad materna no presentó cambios significativos ($r=-0,479$; $p=0,414$). La tasa promedio de mortalidad materna fue 17,4/100,000 nacidos vivos". (12) "Las primeras 5 causas de muerte materna fueron: síndrome hipertensivo del embarazo (25%), enfermedades maternas concurrentes (20,2%), aborto (12,0%), embolia obstétrica (5,3%) y sepsis puerperal (4,8%). En el período, la natalidad descendió significativamente ($r=-0,993$; $p=0,001$), y no se correlacionó con la mortalidad materna ($r=+0,424$; $p=0,477$). La natalidad en mujeres de 35 a 39 años no presentó cambios significativos ($r=-0,503$; $p=0,387$), en los 40 años fue significativamente ascendente ($r=+0,984$; $p=0,002$), mientras que en las de 20 a 34 años hubo una reducción significativa ($r=-0,995$; $p<0,001$)". (12)



“Conclusiones: La mortalidad materna en Chile no se modificó en los últimos 5 años. La tendencia de la natalidad según grupos etéreos muestra que la población chilena concentra un mayor riesgo obstétrico, con un aumento de la mortalidad materna por enfermedades concurrentes. El Ministerio de Salud de Chile debe reformular las estrategias para continuar con la reducción de la mortalidad materna”.
(12)

MONTESANO-DELFÍN, J. y COIS, Y. Mortalidad Materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. Rev. Med. Inst. Méx. Seguro Soc. 2009; 47(1): pp. 109-116.

“Para 2009, en las unidades de atención obstétrica del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guanajuato se implementaron estrategias de capacitación, modificación de criterios de referencia y contra referencia, asignación de recursos y capacitación a los comités de mortalidad materna. Se organizaron e interrelacionaron los servicios hospitalarios de las UMAE y la modificación del Plan de Vigilancia”. (13)
“Epidemiológica: al identificar a una embarazada con riesgo de morir se le asignaba personal de base para el cuidado estrecho de la paciente, vía telefónica se comunicaba a las autoridades delegacionales de servicios médicos para coordinar la atención en las UMAE y facilitar los recursos necesarios. Se notificaba diariamente el estado de salud de la paciente. Con estas estrategias disminuyó la mortalidad materna, pero al incrementarse nuevamente en el 2004”. (13) “Se instauró la estrategia: Enlace entre la Gestión Directiva y Atención Clínica Oportuna, con lo que



se incrementó 59% la vigilancia epidemiológica, y aunque los ingresos a las unidades de terapia intensiva se incrementaron 147%, la muerte materna en ese servicio disminuyó de 17,6 a 4,7%". (13) La tasa de muerte materna de los años 2004, 2005 y 2006 fue de 33,2, 17,4 y 22, respectivamente, por 100 mil recién nacidos vivos.

SALVIZ, M. y COIS, Y. "Pre-eclampsia: Factores de riesgo. Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Departamento de Salud Pública. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú". (14)

El objetivo fue evaluar los factores de riesgo asociados a Pre-eclampsia en nuestro hospital. Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, de tipo caso-control concurrente en 88 pacientes con Pre-eclampsia e igual número de controles. El trabajo se llevó a cabo en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre los meses de marzo a agosto de 1993. Resultados: Los factores asociados a Pre-eclampsia fueron el antecedente previo a Pre-eclampsia (OR: 17), el índice de masa corporal elevado (OR: 9,6), la raza predominantemente blanca (OR: 6,4), el antecedente familiar de hipertensión arterial (OR: 5,2), la falta de control Pre-natal y la nuliparidad (OR: 2,5). La incidencia de Pre eclampsia fue 4,11%, y requirieron parto por cesárea el 69.3% de



las pacientes. Presentaron complicaciones en el puerperio inmediato 28,4% de los casos, siendo más frecuentes las infecciones.

VEGAS (2010) en Yaracuy, describió que del 100% de los casos (50%) corresponden a las muertes maternas directas (38%) a indirectas y (12,5%) a las no clasificadas.

FANEITE, MARIANELA RIVAS (2003)

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Departamento Clínico Integral de la Costa. Universidad de Carabobo. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.

"La razón promedio de mortalidad materna directa fue 100,18 por 100 000. Las principales causas de muerte: hemorragia (atonía uterina 48,34% y embarazo ectópico roto 28,57%), toxemia, y sepsis con 58,34 %, 25%, y 16,66 % respectivamente. Las cuatro muertes no obstétricas: hemorragia digestiva superior, falla multiorgánica, insuficiencia respiratoria aguda, neumonía. Predominaron procedentes del Estado Carabobo (66,66%) y de Falcón y Yaracuy (33,4%), residentes en barrios (33,33%), solteras y concubinas (83,33%), estudios secundaria 75 %. Antecedente familiar determinante la hipertensión arterial (25%), antecedente personal hipertensión (16,67 %), edad materna entre 20-34 años (75%) y sin control prenatal (50%). Destacaron las I gestas (50%), edad de embarazo 37-41 semanas (41,67 %) y 21 semanas y menos 25 %, muerte en estado puerperal (66,67%), el lapso de ingreso al hospital



menos de 12 horas (41,67%) y menos de 6 horas (33%), la hora de muerte 41,67% entre 1-6 am. El 66,67% fueron casos referidos al hospital por complicaciones severas. Se realizó autopsia a 62,5%". (16)

"Conclusión: La razón promedio muestra cifras altas con incremento destacado, volviendo a niveles superados en década anterior, además ha retornado como causal de primacía el factor hemorrágico, seguida de la toxemia, lo que indica que debemos redoblar estrategias preventivas, eficientes en el sector salud y demás componentes". (16)

ALCANTARA. D. en el Perú 2010 en su presente estudio la mayor frecuencia de muerte materna "ocurre entre las edades de 26 a 30 años, con un (37%), comprendiéndose que la muerte materna sucede con más frecuencia en mujeres más jóvenes, en comparación con otros países americanos". (17)

MAGUIÑA. M. *et al.* En Perú 2013, estima que 6846 muertes maternas ocurrieron en el periodo 2002-2011, "de los cuales se estima en el momento del fallecimiento obteniendo los siguientes resultados con un 38,7% ocurrieron en el embarazo, específicamente el 22,8% en el tercer trimestre, mientras que 20,2% ocurrieron en el parto y 36,5% en el puerperio". (18).

OMS, señala que "la salud es un derecho fundamental de todo ser humano"; "sin embargo, esto sigue siendo una utopía, ya que el nivel



deseado en los servicios de salud de diferentes países no ha sido alcanzado, situación que lleva a estudiar fenómenos concretos como la mortalidad materna, lo que a su vez da cuenta del grado de desarrollo de un país (Salinas *et al.*, 2006), y es por ello que esta problemática se convirtió en un indicador trazador de los servicios de salud, al permitir analizar atributos de la calidad de los servicios prestados (Montesano, Hernández, Zapién, Olivares, Guizar y Luna, 2009)". (19)

SALINAS (2011), aclara, "que para el logro de este objetivo es necesario analizar los múltiples factores de orden político, social, cultural y económico que afectan cada región, país e institución, ya que el proceso reproductivo, entendido como la transformación de la naturaleza generada por la interacción del hombre con ésta; siendo una de las condiciones donde estos factores adquieren una mayor significación, incidiendo directamente en la mayor vulnerabilidad de la mujer". (19)

"En Costa Rica, Chile y Cuba se registran las tasas más bajas de 35, 23, 24 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos respectivamente". (20).

"La Organización Mundial de la Salud ha estimado que la mortalidad materna es alrededor de 150% más elevada en países en vías de desarrollo que en países desarrollados. Las disparidades entre regiones en materia de mortalidad materna son claras: Mientras que el riesgo de muerte de mujeres durante el embarazo y el parto está dado en



una proporción de 1 en 1,800 en los países desarrollados, ésta es de 1 en 130 en la región de América Latina y el Caribe. Un ejercicio comparativo de esta situación por países permite establecer enormes disparidades, como las dadas entre Suiza (1 en 8,700) y Bolivia (1 en 26). Se ha demostrado enormes diferencias entre zonas urbanas y rurales y entre grupos poblacionales de un mismo país". (20)

"Se estima que la tasa promedio de mortalidad materna en el mundo es de 390 por 100,000 nacidos vivos, en América latina y el caribe es de 190 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. Dos tercios de estas muertes se concentran en Bolivia, Brasil, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Paraguay y Perú. Las tasas más altas de mortalidad materna se registran en Haití 1000 por 100,000 nacidos vivos, Bolivia 390 por mil nacidos vivos y Perú con un promedio de 270 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos". (21).

2.2. BASES TEÓRICAS

a. Causa básica de muerte:

Es la enfermedad o lesión que da inicio a la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.



“Los factores son múltiples dentro de ellos se mencionan: multiparidad, embarazos no deseados, intervalo intergenésico corto, embarazo en la adolescencia, ausencia de control prenatal, desconocimiento de los signos de alarma del embarazo, parto y puerperio, demora en acudir al establecimiento de salud en busca de ayuda, entre otros. Sin embargo, también podemos clasificarlos en factores de riesgos sociales, económicos, ambientales, educacionales, culturales, biológicos y otros. A continuación, se presentan los factores agrupados”. (22).

b. Mortalidad materna

“Muerte materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes al término del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. (23).

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado de salud general.

“Las principales razones por las que las mujeres embarazadas, en especial en áreas rurales, no acuden a los establecimientos de



salud para recibir atención materno-infantil, son el costo, temor, el mal trato recibido, el tiempo de espera, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano". (24).

Control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemas y periódicos, destinados a prevención, diagnósticos y tratamientos de los factores que pueden condicionar morbilidad materna perinatal.

La maternidad segura es un componente esencial de la salud reproductiva, principal mente porque el embarazo, parto y posparto son causas significativas de discapacidad y muerte de mujeres, que viven en vías de desarrollo.

c. Clasificación

De acuerdo a publicaciones de la Organización Mundial de la Salud, las causas de mortalidad materna se pueden dividir en dos grupos: directa e indirecta

1. Muerte materna por causas obstétricas:

Muerte materna directa:

"Es la que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, así de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas". (25).



Efectos adversos severos y otras complicaciones no previstas de los cuidados obstétricos o ginecológicos y quirúrgicos brindados durante el embarazo, parto o puerperio.

"Se refiere a aquellas que resultan de las complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, así como también de intervenciones en el tratamiento o cualquier acontecimiento de las circunstancias antes mencionadas". (26)

"Las causas médicas de la muerte materna son similares en todo el mundo. La mujer muere debido a complicaciones surgidas durante el embarazo y el parto como por ejemplo hemorragia infección, preeclampsia, eclampsia, obstrucción del parto y aborto peligroso". (26)

"La hemorragia, especialmente la hemorragia puerperal, es imprevisible, de aparición repentina y más peligrosa cuando una mujer es anémica. En el plano mundial, alrededor de 25% de todas las defunciones maternas se deben a hemorragias. La pérdida de sangre puede causar rápidamente la muerte a falta de acceso a servicios de salud, de cuidados rápidos y adecuados para salvar la vida, que incluyen la administración de fármacos para combatir la 13 hemorragia, masajes del útero para estimular las contracciones y una transfusión de sangre de ser necesario". (26).



“Aunque es fácil de evitar, la septicemia da cuenta del 15% de las muertes maternas, suele ser una consecuencia de una mala higiene durante el parto o de una enfermedad de transmisión sexual no tratada. Otras causas de mortalidad materna son el aborto peligroso con una cifra de 13%; problemas hipertensivos durante el embarazo 12%, en particular la eclampsia, y complicaciones surgidas durante el trabajo de parto y parto prolongado u obstruido representan alrededor del 8% de las muertes maternas”. (27) “Ellos se deben a menudo a una desproporción céfalo-pélvica o por su colocación al momento de nacer. La desproporción es más común cuando la malnutrición es endémica especialmente en poblaciones con diferentes tradiciones y tabúes con respecto al régimen alimentario de las mujeres, especialmente en embarazos tempranos a menudo antes que se hayan desarrollado plenamente. Hay otras causas directas que explican el 8% de las muertes maternas”. (27).

Las causas de muerte materna más comunes que ocurren en la población femenina, son las que se presentan durante el embarazo, sangrado antes, durante y después el parto y aquellas enfermedades hipertensivas y sepsis, como se observa en el Esquema 1.

ESQUEMA 1

“Esquema de clasificación de las muertes maternas directas más comunes diagnóstico básico y diagnóstico específico”. (MINSA-DGSP, 2006).

1. Muerte durante el embarazo temprano.
 - a) Ectópico
 - b) Aborto:
 1. Espontáneo, 2. Inducido y 3. Séptico
2. Sangrado antes del parto.
 - a) Placenta previa
 - b) Desprendimiento prematuro de placenta
3. Sangrado durante el parto.
 - a) Placenta retenida
4. Sangrado posparto.
 - a) Atonía uterina
 - b) Trauma
 - c) Retención de restos placentarios
5. Parto obstruido.
 - a) Ruptura del útero
 - b) Otra causa



6. Enfermedad hipertensiva.

- a) Preeclampsia
- b) Eclampsia
- c) Hipertensión crónica

7. Sepsis.

- a) Relacionadas con Rotura Prematura de Membranas (RPM)
- b) Tejido placentario retenido
- c) Vía urinaria
- d) Postoperatoria

Muerte materna indirecta:

“Es la que resulta de una enfermedad existente desde antes embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo no debida a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo”. (1)

Muerte materna que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio en la que no se conoce o no se ha determinado la causa básica.

“Se refiere a aquellas muertes que se presentan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no relacionadas a causas obstétricas pero si agravadas por el embarazo”. (28).



"Hay cuadros que se agravan con el embarazo como malaria, hepatitis, VIH-SIDA, anemia, enfermedades cardíacas, hipertensión, diabetes y otro tipo de infecciones que en conjunto producen 20% de las muertes maternas". (29).

"Una de las causas indirectas más importantes de defunción es la anemia, la cual además de producir la muerte por paro cardiovascular, se cree que también es el motivo de una proporción considerable de fallecimientos directos". (30).

"En Cuba se demostró que la entidad clínica más importante de muertes indirectas es la cardiopatía". (31).

Las muertes maternas indirectas más comunes durante el diagnóstico básico y específico son: Las enfermedades de la sangre, nutricionales, del sistema circulatorio, respiratorio y digestivo como se observa en el Esquema 2.

ESQUEMA 2

"Esquema de clasificación de las muertes maternas indirectas más comunes diagnóstico básico y diagnóstico específico". (1)

1. Enfermedades de la sangre y de los órganos Hematopoyéticos

- a) Anemia hemolítica
- b) Defectos de la coagulación
- c) Púrpura y otras afecciones hemorrágicas
- d) Leucemias y linfomas

2. Enfermedades endocrinas, nutricionales y Metabólicas

- a) Enfermedades tiroideas
- b) *Diabetes mellitus*

3. Enfermedades del sistema circulatorio

- a) Insuficiencia cardíaca
- b) Hipertensión arterial crónica
- c) Coronariopatía
- d) Cardiomiopatías.
- e) Arritmias cardíacas.
- f) Malformaciones arteriovenosas

4. Enfermedades del sistema respiratorio

- a) Tuberculosis
- b) Neumonías
- c) Otras infecciones
- d) Insuficiencia respiratoria

5. Enfermedades del sistema digestivo



- a) Úlcera gastroduodenal
 - b) Apendicitis
 - c) Hepatopatías
 - d) Colecistopatías
6. Otras: Patologías presentes desde antes del embarazo, que son agravadas por la gestación, parto o puerperio.

Son el conjunto de factores biológicos, sociales y patológicos independientes o relacionados con las causas básicas que de alguna manera contribuyen, condicionan o predisponen a la presentación de la causa básica.

Muerte materna no relacionada (muerte no materna):

“Es la muerte de una mujer durante el proceso de embarazo, parto o puerperio, como resultado de causas incidentales no relacionadas con el embarazo”. (1)

“Es la muerte materna debido a causas accidentales e incidentales. Usualmente, incluye a las muertes por accidentes, suicidios, homicidios y por violencia familiar”. (32).

Mortalidad materna institucional:

“Es todo caso de muerte materna que ocurre en un Establecimiento de Salud, independientemente del tiempo de permanencia del mismo, el cuál será el responsable de la notificación y reporte. También se considerará las muertes ocurridas durante el traslado, de un establecimiento a otro. En cuyo caso será

reportado por el establecimiento de salud que traslada a la paciente. Se incluirá en esta categoría a las muertes ocurridas en casa de espera". (33).

"Las muertes maternas directa e indirecta tienden a empatarse, lo que significa mejoría en la previsibilidad. Debe informarse suficiente, sencilla y oportunamente a la paciente acerca de los signos de alarma. La capacitación constante del personal médico es prioritaria en los tres niveles de atención. Palabras clave: mortalidad materna, preeclampsia, hemorragia obstétrica". (34).

Las causas de mortalidad hospitalaria dependen de las características del hospital, de su complejidad, la importancia de cada uno de los servicios, la prevalencia de las enfermedades en el ingreso hospitalario y la gravedad de las mismas. Existe diferencia entre los establecimientos privados que atienden a pacientes con condiciones socioeconómicas generalmente similares y los públicos, donde existe mayor número de ingresos por emergencias médicas y los gestantes provienen de sectores con diferentes condiciones socioeconómicas y culturales. En un hospital general público un alto porcentaje de la atención se debe a procesos emergencia. (35).

Muerte materna evitada:

"Es toda aquella gestante o puérpera con diagnóstico de hemorragia Puerperal, Infección puerperal y/o Preeclampsia severa que es captada y manejada por los establecimientos de salud y se encuentra en condición clínica estable hasta la primera semana de puerperio. También se considera todo evento de complicación obstétrica, independientemente del lugar de ocurrencia

que ingresa a los sistemas de salud y recibe atención oportuna y de calidad, con la solución definitiva del problema obstétrico intercurrente". (36)

"Este concepto tiene implicaciones desde la calidad de atención prenatal, seguimiento de gestantes, respuesta del sistema de salud en sus diferentes niveles de complejidad, efectividad de los sistemas de Referencia y contra referencia, etc." (36).

d. Factores de riesgo de la mortalidad materna

1. Factores de riesgo:

Son características que presentan una relación significativa con determinado daño. Estas relaciones pueden ser:

Multiparidad, embarazos no deseados, intervalo inter-genésico corto, edades extremas, falta de atención prenatal, estado socio económico bajo, otras zonas rurales inaccesibles.

"En la adolescencia, ausencia de control prenatal, desconocimiento de los Signos de alarma del embarazo, parto y puerperio, demora en acudir al establecimiento de salud en busca de ayuda. Sin embargo, también podemos clasificarlos en factores de riesgo social, económico, ambiental, educacional, Cultural, biológico y otros". (37).

2. Clasificación: (38)

- Biomédicos u obstétricos directos:

Hemorragia, complicaciones del aborto, hipertensión del embarazo, infección y complicaciones del parto, rotura prematura de membranas,



trabajó de parto prolongado, corioamnionitis, complicaciones quirúrgicas como cesárea.

- **Obstétricos indirectos:**

Malaria, hepatitis, anemia o enfermedad cardíaca post-traumática, tuberculosis, diabetes, anemia, enfermedades cardíacas, enfermedades renales, SIDA, Diabetes mellitus y desnutrición, entre otros.

- **Económicos:**

Una población sin empleo o subempleada, carece de los Ingresos necesarios para acceder a un mínimo de bienestar en salud y satisfacer otras necesidades como: Educación y alimentación.

- **Vivienda y servicios básicos:**

Las malas condiciones del piso, techo, iluminación y ventilación, el escaso número de habitaciones, escasa disponibilidad de agua potable y alcantarillado favorecen la aparición de riesgos asociados a patologías comunes.

- **Las Tradiciones:**

Creencias, hábitos y costumbres de los habitantes, ejercen gran influencia sobre el estado de salud de las personas.

- **Sociales:**

La condición social, la educación, el estilo y la calidad de vida de las familias influyen en el proceso salud-enfermedad de las mujeres



embarazadas Los factores sociales que condicionan la salud de los habitantes son:

1. Ambiente: Tiene una gran influencia sobre nuestro bienestar y es de dos tipos: el ambiente asociado a la pobreza extrema y el ligado al desarrollo e Industrialización.
2. Estado de salud: Dado por la conducta y los cuidados de la salud, por ejemplo, la anemia puede ser el resultado de falta de dinero (estado socioeconómico) o de hábitos alimentarios deficientes.
3. Accesibilidad y calidad de la atención de salud: El acceso deficiente a una atención de salud de calidad, por razones de transporte, costo o por las características de los servicios disponibles, tiene gran impacto sobre la salud materna.
4. Comportamiento en materia de procreación: Son las relaciones entre la muerte materna y condiciones como: Edad, Paridad, Intervalo inter- genésico y deseo del embarazo, entre otros. Mujeres que viven solas o que no reciben ayuda.

3. Otras Clasificaciones. (39)

Clasificación:

1. **Endógenos o biológicos:** propios del individuo, como la edad, paridad, peso, talla, etc.



- a. Edad:** Se considera a las embarazadas de 20 a 30 años como la edad óptima de la producción (La de menor riesgo materno-perinatal).

Las madres muy jóvenes, como las madres añosas están sometidas al riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y parto. En el Perú el 15% de partos son en menores de 17 años y el 20% a mujeres de 35 a más años

La edad avanzada de la madre y el síndrome de Down están relacionados por lo que se le considera dentro del riesgo genético. Las mujeres de 40 a más años producen el 2% del total de nacimientos y el 40% del total de casos de síndrome de Down.

- b. Estado civil o Estado conyugal:** debe ser claramente definido (Soltera, en unión estable, casada, viuda, divorciada); muchas veces la madre soltera, de unión estable o abandonada tiene que trabajar para sostener a su familia, poniendo en riesgo su salud.

La condición de soltera en las clases media o alta puede generar problemas emocionales con consecuencias desfavorables para ella y su hijo.

- c. Paridad o antecedente obstétrico:** "la primiparidad precoz (cuando el Primer parto ocurre antes de los 17 años" (29), la primiparidad tardía (cuando el primer parto es después de los 30 años), así como las

grandes multíparas (más de 4 hijos), tienen alto riesgo de hacer complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, por lo tanto; el riesgo de morir es demasiado alto.

Así, los antecedentes obstétricos: Nacidos vivos, nacidos muertos, partos espontáneos: partos con fórceps, partos por cesárea, abortos: Espontáneos o provocados son importantes.

d. Intervalo inter-genésico: es el periodo comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual. Cuanto menor es el intervalo inter-genésico, mayor es la incidencia de morbi-mortalidad materna, perinatal. Se considera un intervalo inter-genésico adecuado el de 24 meses, cuando es menor de 12 meses y mayor de 4 años se considera como factor de riesgo.

e. Embarazo no deseado: por diversas causas un porcentaje apreciable de las mujeres peruanas no desean tener más hijos, recurriendo al aborto con consecuencias muchas veces fatales para la madre y para el producto de la concepción (el aborto es la primera causa de riesgo, dentro de las muertes directas).

2. Exógenos o del medio ambiente: en este se incluyen características o factores pertenecientes a diversos sistemas relacionados con la salud individual o colectiva (sistemas de salud, de educación, económico, social, etc.) Son: Nivel de educación, Nivel Socioeconómico. Existe una



fuerte asociación entre el bajo nivel socioeconómico y educacional, con riesgo materno perinatal.

“Se le asocia con un menor número de consultas prenatales, a familias más numerosas, al hacinamiento, a mayor porcentaje de embarazadas que trabajan manualmente hasta edades avanzadas del embarazo, a menor nivel de instrucción y a una mayor frecuencia de gestaciones prematrimoniales”. (40).

Los bajos niveles o ingresos económicos, el bajo poder adquisitivo, se ven reflejados en el subempleo y desempleo, que lleva que la mujer y su familia a niveles muy bajos de vida, con repercusión en el deterioro de la salud de la gestante. Asimismo, es notoria la subalimentación de nuestras gestantes y puérperas, que no reciben una dieta balanceada, es pobre en proteínas y vitaminas, lo que la lleva a diferentes grados de desnutrición y consecuentemente a riesgos de salud. Accesibilidad a los servicios de salud: Antecedentes de control prenatal, es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo es un dato importante para saber si tuvo acceso a los servicios de salud, como: “Embarazo controlado, fecha de ingreso al control prenatal, edad gestacional al inicio del control prenatal, número de controles prenatales, riesgo obstétrico, presencia de patología materna en



el embarazo, estado nutricional al inicio del control prenatal, derivación a nivel secundario". (41).

Durante el control prenatal. También la procedencia si es de provincia, zona rural o urbana, influye en la accesibilidad a los servicios de salud.

C. EPIDEMIOLOGÍA

"En el Perú, la vigilancia epidemiológica de la muerte materna se incorpora a la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) en marzo de 1999, pero recién desde agosto de ese mismo año se reciben más datos a través de la ficha de investigación epidemiológica de muertes maternas. La vigilancia de la muerte materna permite identificar, notificar, determinar y cuantificar las causas de las muertes con el objeto de desarrollar medidas de prevención y programas de intervención para mejorar la salud de la madre, reducir la morbilidad materna y mejorar la calidad en la atención de la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio". (42).

"La muerte de una madre tiene un efecto devastador sobre el bienestar y el equilibrio emocional de la familia. Este efecto puede tener consecuencias sobre la salud física de los sobrevivientes, el ingreso económico del hogar y el cuidado de los hijos; por ello, se justifica su vigilancia". (42)

"Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, dentro del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para orientar la toma de decisiones y ejecutar acciones oportunas dirigidas a la disminución de los problemas de la salud pública". (43).

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis general

Las causas básicas de la muerte materna son la preeclampsia y las hemorragias y los factores más frecuentes de mortalidad materna directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015 son la edad materna extrema, la procedencia rural, bajo nivel educativo y estado civil conviviente.

2.3.2. Hipótesis específicas

HE 1.- Las causas básicas de la muerte materna son la preeclampsia y las hemorragias en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015.

HE 2.- Los factores más frecuentes de mortalidad materna directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en los años 2012-2015 son la edad materna extrema, la procedencia rural, bajo nivel educativo y estado civil conviviente.

HE 3.- El periodo clínico es el puerperio, edad gestacional de tercer trimestre, estado nutricional de bajo peso, referencia al hospital regional, atención del parto por médico y la Razón de Mortalidad materna por año

en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015 es variable.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Indicadores para medir la mortalidad materna

“El indicador más común en la descripción del riesgo de muerte por embarazo es la Razón de Mortalidad Materna (RMM), ésta requiere información sobre el número de muertes maternas (el numerador) y el número de nacidos vivos (el denominador) para cada grupo y período que se comparan”. (44).

$$RMM = \frac{\text{Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Nº de nacidos vivos}} \times 100\,000$$

Otro indicador usado en la descripción del riesgo de muerte por embarazo es la Tasa de Mortalidad Materna (TMM), ésta requiere información sobre el número de muertes maternas (el numerador) y el número de mujeres en edad fértil (el denominador) para cada grupo y período que se comparan:

$$TMM = \frac{\text{Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Nº de mujeres en edad fértil (15 a 49 años)}} \times 100\,000$$





CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

La técnica que se utilizó, fue la observación documental de las Historias Clínicas

El instrumento fue la ficha de recolección de datos para la causa y factores que es la que está aprobada por los protocolos de vigilancia epidemiológicas del MINSA (Ver ANEXO 2).

Para la presente investigación se solicitó la autorización de la Dirección del Hospital para realizar el trabajo de investigación y tener las facilidades de la unidad de estadística para obtener los números de las Historias Clínicas de los casos de muerte materna registrados en el período de estudio.

Se tuvo acceso a las historias Clínicas del archivo y se registró en la ficha de recolección de datos.



Ámbito de estudio:

El estudio se realizó en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno del Ministerio de Salud, y el cual está ubicado en la provincia de Puno, es una unidad productora de servicios de salud, cuya responsabilidad es brindar una atención integral de salud a toda la población de la zona sur de la región de salud Puno, atendiendo a una población de 228,140 habitantes, en forma directa y a 1 298,446 habitantes aproximadamente del departamento de Puno; como una existencia de más de 52 años de servicios a la comunidad en general.

En lo referente a la infraestructura en general, se tiene las características de 01 Hospital Regional, Tipo II-2 según la última categorización del 2010 y tiene 235 camas y brinda servicios de hospitalización, emergencia y consultorio externo.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativa.

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo retrospectivo, transversal según Altman, D.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.(45)

Se consideró como población de estudio a todas las historias clínicas de los casos de muertes maternas que cumplieron con los criterios de inclusión (16 historias clínicas).

Para que la muestra sea representativa se tomó como objeto de estudio al 100% de muertes maternas ocurridas en el periodo en estudio. Es decir 16 casos.

Delimitación Temporal: El presente estudio se realizó desde el 01 de enero del 2012 al 31 de diciembre del año 2015. Unidades de estudio: Historias Clínicas de muertes maternas, que cumplen con criterios de elegibilidad:

- Criterios de inclusión: historias clínicas de pacientes hospitalizadas en los servicios de hospitalización de Unidad de Cuidados Intensivos (UTI) o Ginecobstetricia que resultaron en muerte materna directa en el período de estudio.
- Criterios de exclusión: historias clínicas de muertes maternas que se produjo en el servicio de emergencia y que no llegó a hospitalizarse.

3.4. TÉCNICAS, FUENTES Y PROCEDIMIENTOS

Técnica.

Documental (revisión de historias clínicas).

Instrumento:

Base de sistematización de datos.

3.5. ESTILOS DE REDACCIÓN

Se utilizó el estilo Vancouver.



3.6. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Ver Anexo 3

Análisis estadístico.

Los datos obtenidos en las fichas se procesarán en el software IBM SPSS-20 Statistics elaborando una base de datos (Procesador de textos, base de datos, y estadísticas para la salud pública del Centro para el Control de enfermedades CDC USA y O.M.S. versión 2011). Luego estos resultados serán analizados, aplicando la estadística descriptiva. Se elaborarán cuadros de datos con porcentajes, distribución de frecuencias y Razones de mortalidad, luego la discusión y finalmente las conclusiones y recomendaciones.

Las razones de mortalidad materna se calcularán de acuerdo a la formula expuesta en el marco teórico previamente obteniendo el número de recién nacidos por año durante el periodo de estudio. "Para la clasificación de las causas básicas de muerte se usará la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE-10". (19)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA 1

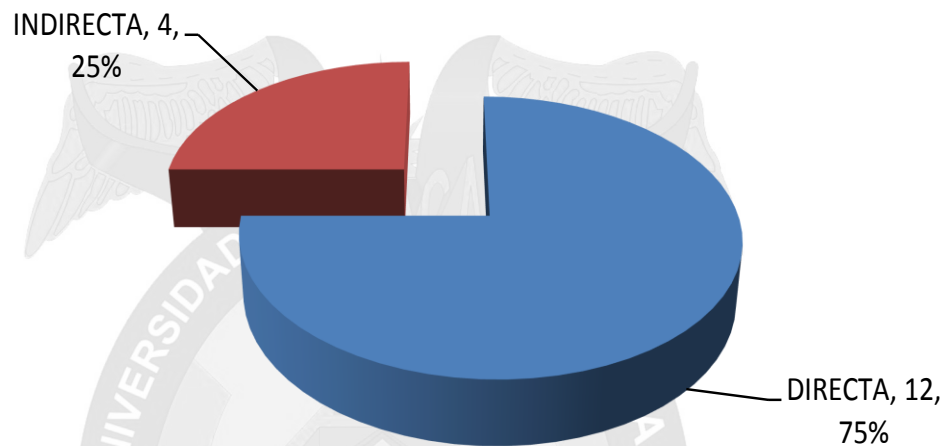
Distribución de los casos de mortalidad materna por años, según causas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. 2012 – 2015.

Tipo de Muerte Materna por años	Directa		Indirecta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2012	3	18.8	2	12.5	5	31.2
2013	1	6.3	0	0.0	1	6.3
2014	3	18.8	2	12.5	5	31.2
2015	5	31.2	0	0.0	5	31.2
TOTAL	12	75	4	25	16	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016.

GRÁFICO N° 1

**Distribución de los casos de mortalidad materna por años, según causas
en el Hospital Regional Manuel Núñez butrón. 2012 - 2015**



➤ En el cuadro y grafico N° 1

Se observa los casos de mortalidad materna en el Hospital Manuel Núñez Butrón, durante los años 2012 al 2015, son debidos a causa directa e indirectas, siendo la mayor cantidad las causas directas con 12 casos (75%) y las indirectas con 4 casos (25 %), como se aprecia en la Tabla 1.

TABLA 2

**Causas básicas de defunción de los casos de la muerte materna en el
Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2012-1015.**

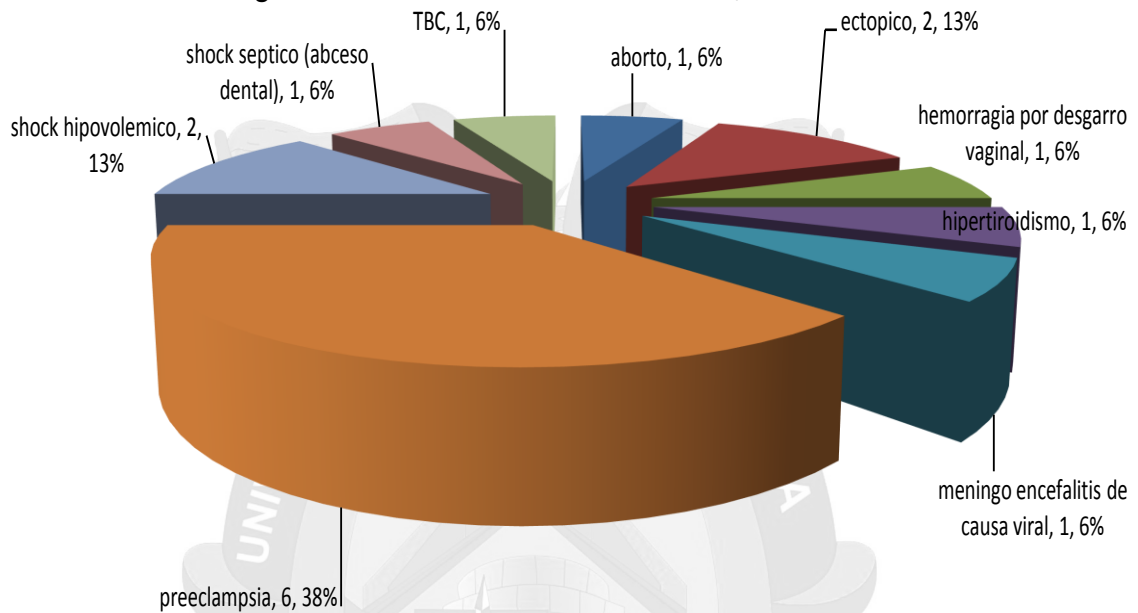
Causa básica de muerte materna	Nº	%
• Aborto	1	6.3
• Ectópico	2	12.5
• Hemorragia por desgarro vaginal	1	6.3
- Hipertiroidismo	1	6.3
- Meningo encefalitis de causa viral	1	6.3
• Pre eclampsia	6	38.0
• Atonía uterina	2	12.5
- Shock séptico (absceso dental)	1	6.3
- TBC	1	6.3
Total	16	100

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016

- Son causas básicas de muerte indirecta.
- Son causas básicas de muerte directa.

GR3FICO N3 2

**Causas b3sicas de defunci3n de los casos de muerte materna en el
Hospital Regional Manuel N3ñez Butr3n de Puno, 2012 – 2015.**



Muestra los casos de muerte materna en el Hospital Manuel N3ñez Butr3n de Puno durante los a3os 2012 al 2015, alcanzaron el mayor porcentaje por la causa b3sica de pre eclampsia (38%), seguido por la Aton3a uterina (38%), siendo las muertes menos frecuentes por hipertiroidismo, meningo encefalitis de causa viral, absceso dental, TBC respectivamente, como se observa en la tabla 2.

TABLA 3

Factores más frecuentes con la ocurrencia de la mortalidad materna de causa directa en el Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2012-2015.

FACTORES	Nº	%
EDAD		
16-19	2	12,5
20-23	3	18,7
28-31	5	31,3
32-35	2	12,5
36-39	4	25,0
Total	16	100,00
AFILIACIÓN AL SIS		
Con afiliación	15	93,7
Sin afiliación	01	6,3
Total	16	100,00
PROCEDENCIA		
Rural	10	62,5
Urbano	6	37,5
Total	16	100,00
NIVEL DE EDUCACIÓN		
Primaria	6	37,5
Secundaria	4	25,0
Técnico	1	6,3
Superior	3	18,7
Ninguno	2	12,5
TOTAL	16	100
ESTADO CONYUGAL		
Casada	4	25,0
soltera	2	12,5
Conviviente	10	62,5
Soltera		
TOTAL	16	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016 y Pereira (2002). (26).



En el cuadro y gráfico N° 3

Nos muestra la ocurrencia de mortalidad materna por causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, durante los años 2012-2015, varían según los diferentes factores como edad, afiliaciones al SIS, procedencia, nivel educativo y estado conyugal; siendo las gestantes de 28 a 31 años las que tuvieron más muertes maternas con un 31,3%; en relación a la procedencia, las madres gestantes rurales son las más afectadas con un 62,5% en relación a las urbanas, sin embargo en el nivel educativo se observa las que tienen educación primaria son las que muestran mayor porcentaje de fallecimientos 37,5%, al observar el estado conyugal se nota que las convivientes tiene el mayor porcentaje de muertes con un 62,5%, como se observa.

TABLA 3

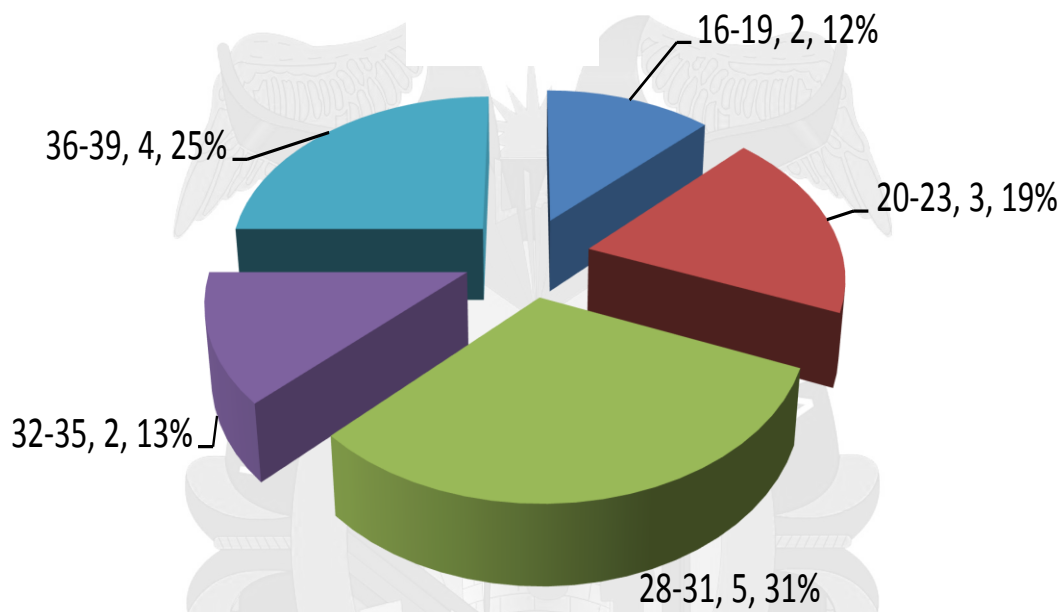
**Factores más frecuentes con la ocurrencia de la mortalidad materna de
causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno,
2012 – 2015.**

Grupo de edad	Nº	%
16-19	2	12,5
20-23	3	18,7
28-31	5	31,3
32-35	2	12,5
36-39	4	25,0
Total	16	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016 y Pereira (26)

Gráfico N° 03

Factores más frecuentes con la ocurrencia de la mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.



En el cuadro y grafico N° 3

Nos muestra la ocurrencia de mortalidad materna por causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, durante los años 2012-2015, varían según los diferentes factores como edad, siendo las gestantes de 28 a 31 años las que tuvieron más muertes maternas con un 31,3%.

TABLA 3.

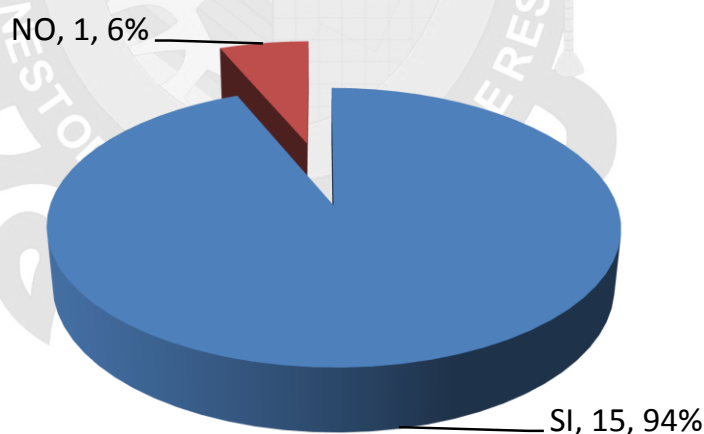
Factores más frecuentes con la ocurrencia de mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

SIS	Nº	%
SI	15	93,8
NO	1	6,3
Total	16	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016 y Pereira (26)

Gráfico N° 03

Factores más frecuentes con la ocurrencia de mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.



En el cuadro y grafico N° 3

Nos Muestra la ocurrencia de mortalidad materna por causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, durante los años 2012-2015, varían según los diferentes factores gestantes con afiliaciones al SIS, 93,8%.

TABLA 3.

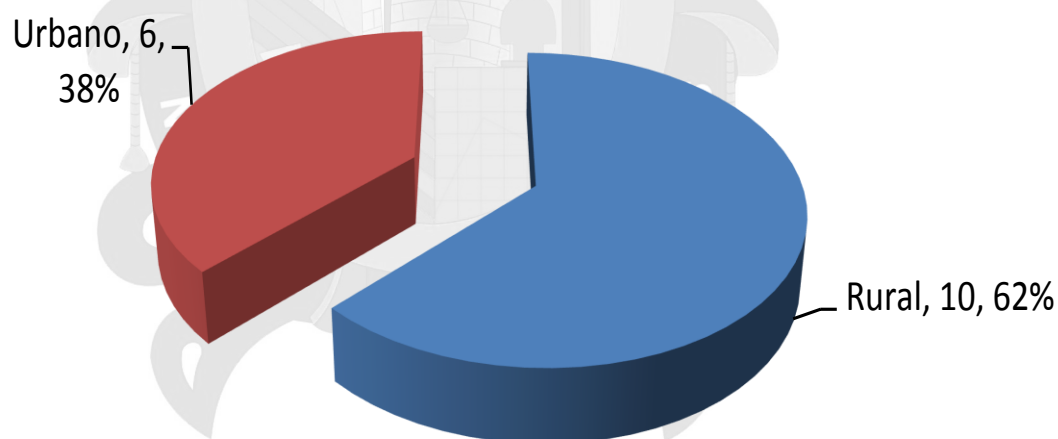
Factores más frecuentes con la ocurrencia de mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

Procedencia	Nº	%
Rural	10	62,5
Urbano	6	37,5
Total	16	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016 y Pereira (26)

Gráfico N° 03

Factores más frecuentes con la ocurrencia de mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.



En el cuadro y grafico N° 3

Nos Muestra la ocurrencia de mortalidad materna por causa directa en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón de Puno, durante los años 2012-2015, varian según los diferentes factores las madres gestantes rurales son las más afectadas con un 62,5% en relación a las urbanas 37,5%.

TABLA 3

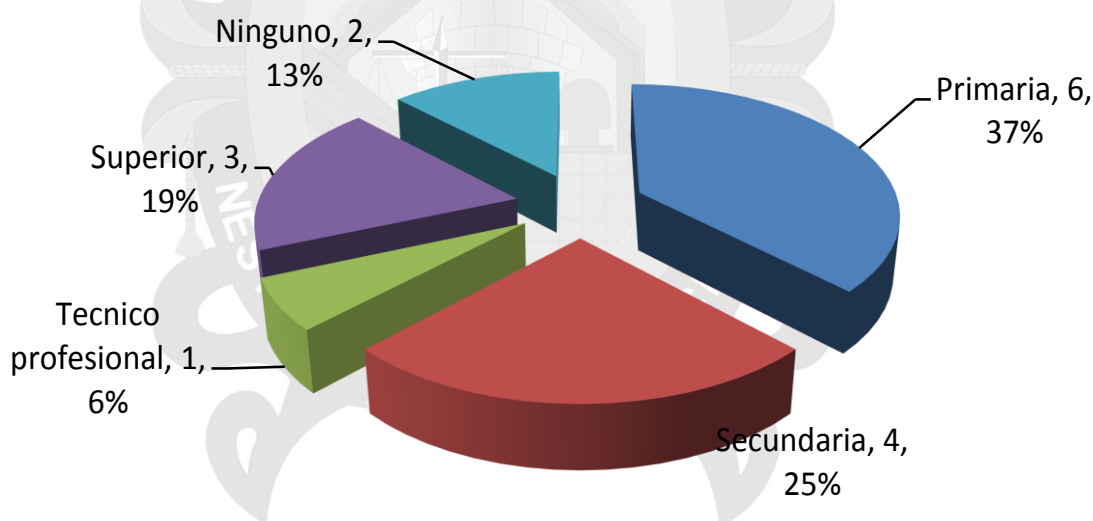
Factores más frecuentes con la ocurrencia de la mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

Nivel educacional	Nº	%
Primaria	6	37,5
Secundaria	4	25,0
Técnico profesional	1	6,3
Superior	3	18,7
Ninguno	2	12,5
Total	16	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016 y Pereira (26)

Gráfico N° 03

Factores más frecuentes con la ocurrencia de la mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.



En el cuadro y grafico N° 3

Nos muestra la ocurrencia de mortalidad materna por causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, durante los años 2012-2015, varían según los diferentes factores como nivel educativo, sin embargo en el nivel educativo se observa que las que tienen educación primaria son las que muestran mayor porcentaje de fallecimientos 37,5%.

TABLA 3

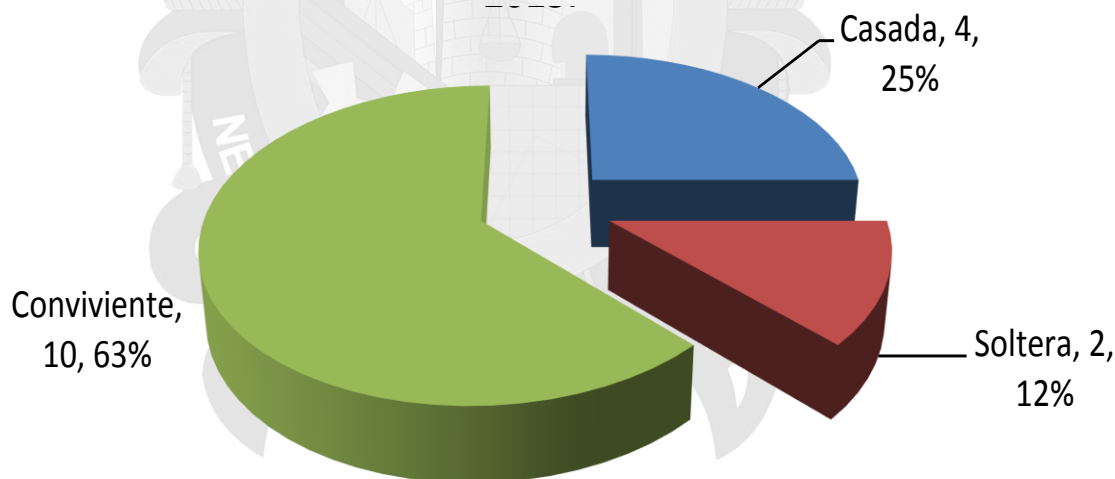
Factores más frecuentes con la ocurrencia de la mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

Estado civil	Nº	%
Casada	4	25,0
Soltera	2	12,5
Conviviente	10	62,5
Total	16	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016 y Pereyra (26)

Gráfico N° 03

Factores más frecuentes con la ocurrencia de la mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.



En el cuadro y grafico N° 3

Nos muestra la ocurrencia de mortalidad materna por causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, durante los años 2012-2015, varían según los diferentes factores al observar el estado conyugal se nota que las convivientes tiene el mayor porcentaje de muertes con un 62,5%, como se observa.

TABLA 4

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico.
Embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional y referencia al hospital cuando se produjo la muerte materna en el Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2012-1015.

PERIODO CLÍNICO	Nº	%
Aborto	2	12,0
Embarazo	4	25,0
Puerperio	10	63,0
Total	16	100,00
EMBARAZO CONTROLADO		
Con Control	12	75,0
Sin Control	4	25,0
Total	16	100,00
EDAD GESTACIONAL en semanas		
0-22	3	19,0
22-26	3	19,0
27-36	10	62,0
37-41	0	00,00
Total	16	100,00
ESTADO NUTRICIONAL (IMC)		
Bajo Peso	10	63,0
Normal	5	31,0
Sobre Peso	0	00,00
No Determinado	1	6,0
Total	16	100,00
REFERENCIA AL HOSPITAL		
Si	11	69,00
No	67	
ATENDIÓ EL PARTO		
Medico	20	
OBSTETRIZ	17	



No	5	31,00
Total	16	100,00
ATENDIO EL PARTO		
Medico	13	81,00
Obstetra	2	13,00
Partera	0	00,00
Otras	1	6,00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016 y Pereyra (26)

En el cuadro y grafico N° 4

Nos muestra los casos de mortalidad materna directa, según el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencias al hospital y atención del parto, se muestra en la Tabla 4, donde se puede apreciar que los mayores casos de muertes maternas ocurren en el puerperio, dentro del periodo clínico con 63,00%, mientras que en embarazos controlados el porcentaje alcanza al 25,00%; si se observa la edad gestacional se encuentra que las gestantes con 27-36 semanas de gestación son las que fallecen con mayor porcentaje (62,0 %).

TABLA 4

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital cuando se produce la muerte materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

Periodo clínico de ocurrencia	Nº	%
Aborto	2	12,0
Embarazo	4	25,0
Puerperio (hasta 42 días)	10	63,0
Total	16	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016.

Gráfico N° 04

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital cuando se produce la muerte materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

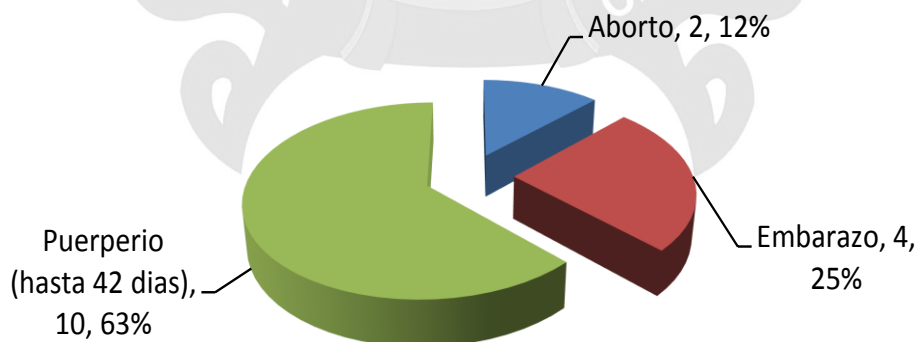


TABLA 4

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital cuando se produce la muerte materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

Control prenatal	Nº	%
SI	12	75,0
NO	4	25,0
Total	16	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016.

Gráfico N° 4

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital cuando se produce la muerte materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

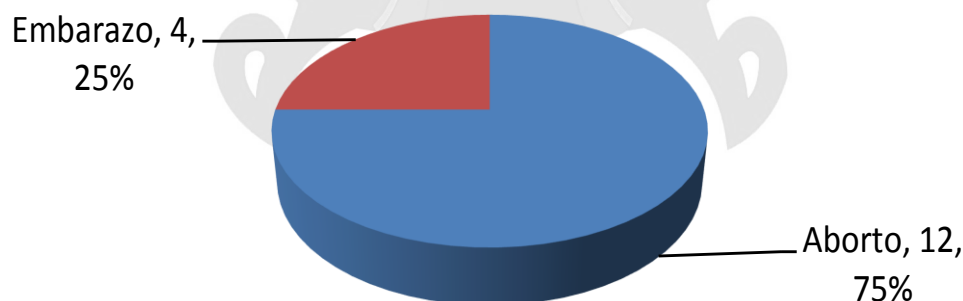


TABLA 4

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital cuando se produce la muerte materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

Edad gestacional	Nº	%
0-22	3	19,0
22-26	3	19,0
27-36	10	62,0
Total	16	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016.

Gráfico N° 4

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital cuando se produce la muerte materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

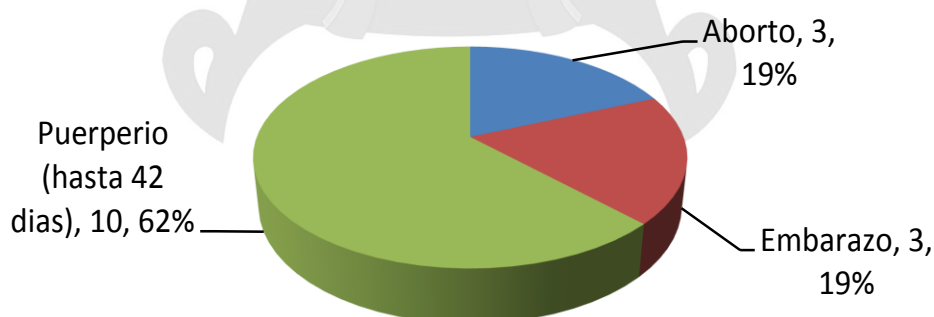


TABLA 4

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital cuando se produce la muerte materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

Estado nutricional	Nº	%
Bajo peso	10	63,0
Normal	5	31,0
Sobre Peso	0	00,0
No Determinado	1	6,0
Total	16	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016.

Gráfico N° 4

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital cuando se produce la muerte materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

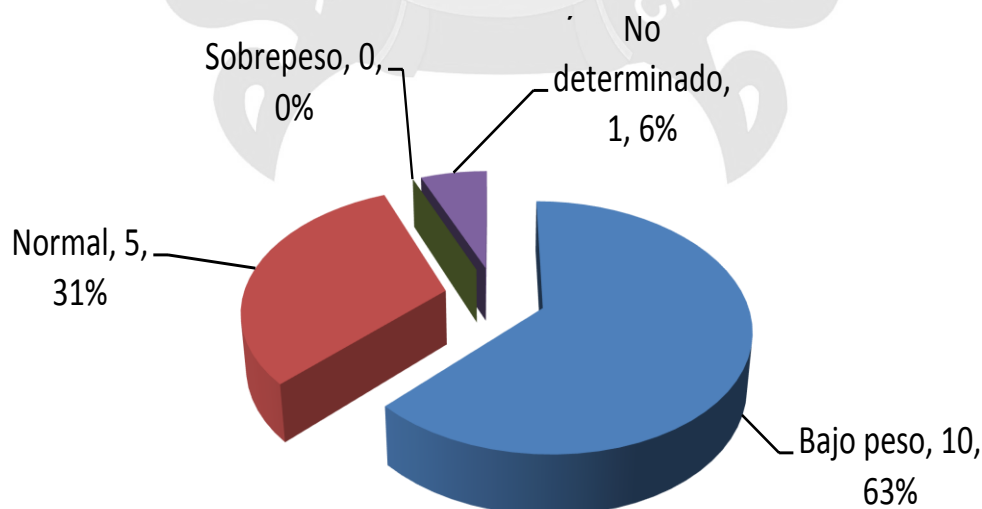


TABLA 4

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital cuando se produce la muerte materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

Referencia al Hospital	Nº	%
SI	11	69.0
NO	5	31.0
Total	16	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016.

Gráfico N° 4

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital cuando se produce la muerte materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

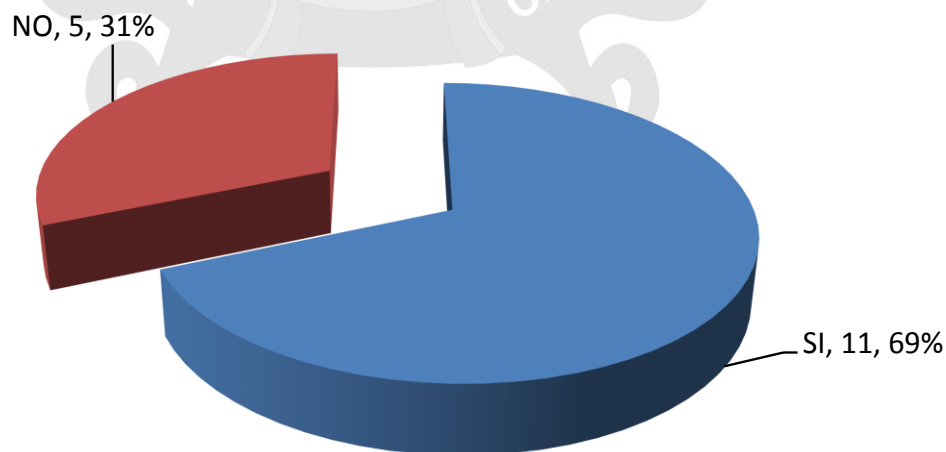


TABLA 4

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital cuando se produce la muerte materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

Persona que controla el trabajo de parto	Nº	%
Medico	13	81,0
Obstetra	2	13,0
Partera	0	0,0
Otro	1	6,0
	16	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016.

Gráfico N°4

Distribución de los casos de mortalidad materna directa en el periodo clínico, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital cuando se produce la muerte materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012 – 2015.

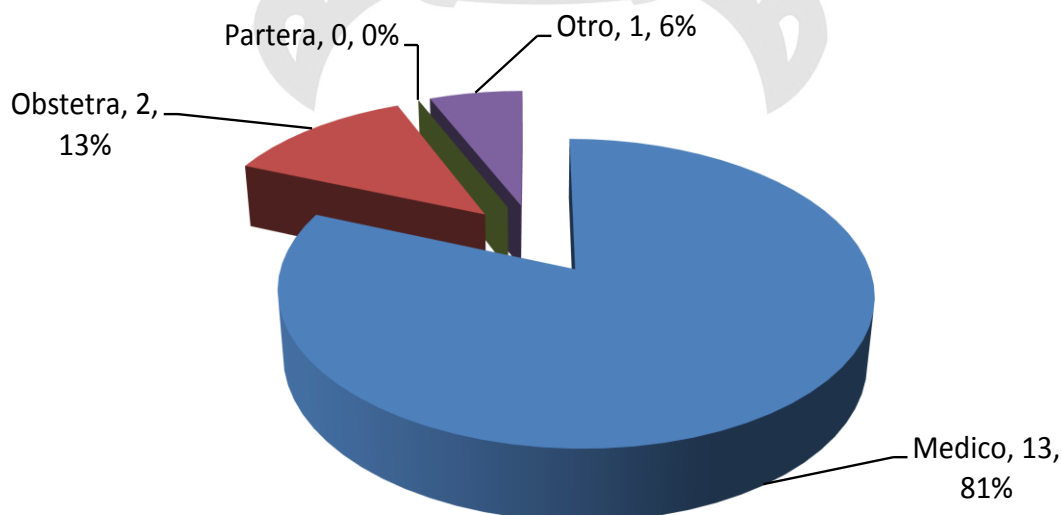


TABLA 5

**Razón de mortalidad materna por años de estudio en el Hospital Regional
Manuel Núñez Butrón, 2012 – 2015.**

Razón de mortalidad materna por años	RN	Nº	RMM x 100000 RNV.
2012	2514	5	198,9
2013	2463	1	41,6
2014	2409	5	207,6
2015	2374	5	210,6
Total		16	

Fuente: Ficha de recolección de datos 2016.

Gráfico N° 5

**Razón de mortalidad materna por años de estudio en el Hospital Regional
Manuel Núñez Butrón, 2012 – 2015.**

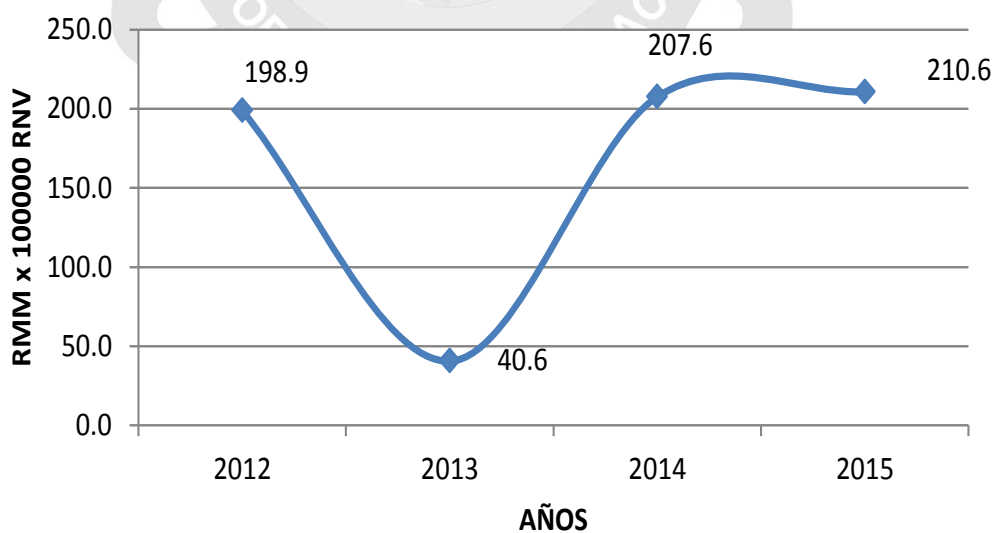




TABLA 5

En el cuadro y grafico N° 5

Nos muestra la razón de mortalidad materna durante los años 2012 al 2015, ha ido disminuyendo en el Hospital Manuel Núñez Butrón; alcanzando la razón más baja el año 2013 con una muerte maternas que equivalen a la razón de 40,6 madres por 100,000 nacidos vivos, lo cual se muestra.





4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los casos de mortalidad materna encontrados en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en los cuatro años de estudio fueron 16 y hay un incremento de los casos los primeros dos años y luego una disminución de los casos en los dos últimos años. Esta disminución de los casos de los últimos dos años es posible que sea el resultado de las estrategias de salud que se fortalecieron los últimos cuatro años, como son: la utilización de una estrategia intercultural que incrementó la atención de las gestantes en los centros de salud. Las casas de espera creadas en las zonas alejadas de la ciudad, los partos verticales, la mejora de la educación de las gestantes y de su capacidad de decisión en materia de búsqueda de atención sanitaria. También hay mejoras en los medios de transporte como ambulancias, mejoras en el equipamiento del hospital e incremento de personal del Servicio Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en periferia que se facilitó con la intervención de PARSALUD desde el 2002 y con el shock de inversiones que se dio en el sector salud desde el 2006, las campañas de salud como la "Semana de la Maternidad Segura y Saludable", mejoras en el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención, la ampliación de la cobertura de la atención prenatal y el incremento del parto institucional con el Seguro Integral de Salud (SIS).

El número de casos encontrados en el presente estudio es mayor que el estudio del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre 1998 y 2001 que encontró 14 muertes maternas. Es evidente que las poblaciones son diferentes en Lima Norte y en Puno como también hay diferencias en la



calidad de los Hospitales del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) y el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (HRMNB) de Puno.

En general los casos de muertes maternas están disminuyendo en el País así: desde el 1997 al 2008 se aprecia un descenso de muertes anuales de 769 a 509. Esto es por las políticas de salud que se han implementado los últimos años.

Las causas básicas de muertes maternas en el período de estudio son más por causas directas casi en una relación de 12 a 4, con las causas indirectas. Las causas básicas de muerte materna fueron en primer lugar las hemorragias luego siguen la enfermedad hipertensiva del embarazo y en tercer lugar las causas infecciosas y aborto. Estos datos encontrados coinciden con los del Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad materna del 2016 del Ministerio de Salud donde pone en referencia que las Diresas reportaron como causas de muerte en los últimos cuatro años en el 2012: Hemorragias 1%, hipertensión inducida por el embarazo 19%, aborto 6%.

Siendo las hemorragias la primera causa de muerte materna directa y la falta de sangre es una de las principales deficiencias en los bancos de sangre de los hospitales que son clasificados como establecimientos con Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales y que por no tener disponibilidad contribuyen a las causas de muerte directa como son las hemorragias durante el parto, debido a que en el país no



existe una cultura de donación es necesario sensibilizar a la población para que donen sangre. El Hospital Regional Manuel Núñez Butrón como los del resto del País, tienen deficiencias en su banco de Sangre a tal punto que en algunas ocasiones en la especialidad ha ocurrido que hay pacientes con trauma hepático que por salvar la vida a veces se han hecho transfusiones directas de los familiares sin pruebas previas con resultados favorables para el paciente, claro que esto no es el procedimiento correcto.

“En relación a las causas de muertes maternas los datos encontrados en el estudio no coinciden con los datos del HNCH, donde el principal tipo de muerte materna fue la indirecta, siendo la causa principal el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La muerte directa fue en menos de la mitad de los casos donde predominó el aborto séptico. Donde concluyen que la mortalidad por causas tiene una tendencia al descenso en las causas directas y un incremento marcado en las indirectas, tal vez estas diferencias sean por el perfil epidemiológico diferente de las poblaciones de Lima y Puno, por el acceso geográfico fácil y la mejor calidad de atención del Hospital Nacional Cayetano Heredia”. (3)

“La diferencia con los países desarrollados es que en éstos es prácticamente nula la mortalidad por aborto debido a la disponibilidad de servicios de aborto seguro legalmente respaldados y la muerte por parto obstruido casi no existe gracias al acceso a la cesárea”. (3) “Los países



desarrollados han reducido sensiblemente la mortalidad materna, porque hoy en día se cuenta con el conocimiento y la tecnología capaz de lograrlo. La diferencia en la mortalidad materna entre los países desarrollados y aquellos en desarrollo, se debe a las diferencias de acceso a servicios de salud capaces de ofertar cuidados obstétricos esenciales de calidad". (3)

Los datos que se ha encontrado en el HRMNB coinciden en el predominio de las causas directas, con los encontrados por otros autores, en su investigación de Mortalidad materna directa del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Venezuela.

Los factores relacionados con la muerte materna directa encontrados en el HRMNB son: la edad mínima de los casos de muerte materna fue de 16 años y la edad máxima fue de 39 años de edad. Poco más de la quinta parte de la población de estudio fueron joven, este dato es mayor que el porcentaje a nivel Nacional que es de 15% de joven del total de la mortalidad materna en el 2008. "La muerte materna, en especial en joven, es una tragedia social que aún no encuentra una solución, definitiva. Son muchas las intervenciones practicadas; pero, hoy estamos en condiciones de decir que es el único problema de salud pública y de derechos humanos. Cuya solución está relacionada con la prestación directa de servicios". (46) "Los/as jóvenes, en especial las/os más pobres y excluidos/as requieren políticas de salud y desarrollo que atiendan sus necesidades, recojan sus capacidades y fortalezcan sus



potencialidades a fin de generar un proceso de integración social a la ciudadanía plena. Superemos el desastre al que asistimos en los años recientes sobre la atención de la salud reproductiva de las/os adolescentes, cuidemos lo invertido en su infancia y preparémonos con ellos/as para un mejor desarrollo social". (46).

Otro factor relacionado con la muerte materna que disminuye las barreras económicas es la afiliación al Seguro Integral de Salud y en los casos del presente estudio las muertes maternas estuvieron en su mayoría afiliadas al SIS y poco menos de la un sexta parte no estaban afiliadas al SIS. Este resultado encontrado en la investigación es mayor que el 70,6% de Cobertura de partos de gestantes procedentes de zonas rurales a nivel nacional según el informe del SIS del 2006. Muy pronto con el aseguramiento universal en Salud el 100% estarán afiliadas al SIS y esta barrera económica será superada.

La procedencia de los casos de muertes maternas del HRMNB fue en su mayoría de procedencia rural y un tercio de zona urbana. Las gestantes en las zonas rurales tienen el doble de las probabilidades de morir en el parto en comparación de las mujeres de las zonas urbanas. La mayoría de los países en vías de desarrollo, el acceso a los servicios de control prenatal en las áreas rurales es más limitado que en las áreas urbanas, En general, el Perú tiene un 28% de su población que vive en áreas rurales y que tendrían limitaciones para los servicios de salud.



El nivel de educación de los casos de muertes maternas en el HRMNB: encontramos que poco más de la mitad de los casos tenían algún nivel de educación. “Existe evidencia de que la educación es un indicador importante sobre la probabilidad de utilizar servicios obstétricos y frecuentemente las mujeres de edad reproductiva cuentan con un nivel de educación bajo”. (44)

En relación al estado conyugal de los casos de las muertes maternas en el presente estudio la mayoría tenían pareja entre casadas y convivientes. Casi un doce por ciento eran solteras. El estado conyugal es un factor determinante del riesgo de muerte materna, las solteras viudas y divorciadas tienen una razón de 80 defunciones a diferencia de las casadas y las que están en unión libre registran solo 50 por cada 100,000 nacidos vivos; es decir el riesgo es 60% mayor para las mujeres que no están unidas.

“Sobre los factores relacionados, los datos encontrados no coinciden con los datos reportados en estudios posteriores. Sobre la Mortalidad materna directa en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. 1992-2000, Venezuela. Entre los factores predominaron las procedentes de zona urbana, soltería, con instrucción primaria”. (24)

El antecedente familiar determinante fue la hipertensión, con edad materna entre 28-31 años. Es posible que se deba estas diferencias a que



el estado de Carabobo es libre de analfabetismo desde el 2005 y es un estado con índices de desarrollo humano mejores que Puno.

En relación a los factores relacionados a la muerte ocurrida en el puerperio en el HRMNB; la mayoría de casos de muertes maternas estuvieron hospitalizados un día, esto nos indicaría que vinieron en estado muy grave al Hospital. La mayoría de muertes maternas ocurrió en el puerperio, siendo esta etapa donde hay que dar más atención.

“Sobre los antecedentes del control prenatal en los casos de muertes maternas, la mayoría de los casos tuvieron control prenatal, es decir hubo una cuarta parte que no tuvo control prenatal y esto aumenta su riesgo. Un estudio estima que la atención prenatal y las investigaciones basadas en la comunidad pueden prevenir el 26% de las muertes maternas, y que puede evitarse un 48% adicional si se asegura el acceso a atención obstétrica esencial de buena calidad”. (22) “La atención prenatal puede contribuir a reducir las complicaciones asociadas a trastornos hipertensivos del embarazo como eclampsia, entre las mujeres de países en desarrollo”. (22)

Los casos de muertes maternas en el HRMNB están distribuidos en su mayoría en el tercer trimestre del embarazo. Luego sigue el segundo trimestre, por lo que es necesario dar mayor importancia a estos trimestres.



“La mayoría de los casos su estado nutricional fue bajo peso. Un tercio de los casos no tenía un estado nutricional normal, estos datos se relacionan con los encontrados en el estudio de nutrición y mortalidad materna. Donde concluye que las mujeres con una salud ya comprometida por una mala nutrición y otras enfermedades presentan una mayor probabilidad de morir durante una emergencia obstétrica. Muchos estudios han relacionado la nutrición con dos de las principales causas de muerte materna: La hemorragia y el trabajo de parto obstruido. La anemia grave, a menudo causada por insuficiencia de hierro y folato es una causa considerable de mortalidad materna en muchas áreas; sin embargo, es poco probable que los actuales programas de suplementación de hierro para embarazadas sean eficaces”. (30)

“Más de la mitad de los casos fueron referidos al Hospital. Estas referencias pueden ser mayores si se implementan estrategias de mejora del sistema de referencia y contra referencia como las usadas en el estudio de mortalidad materna”. (30) “Que implementaron estrategias de capacitación, modificación de criterios de referencia y contra referencia, asignación de recursos y capacitación a los comités de mortalidad materna. Se organizaron e interrelacionaron los servicios hospitalarios y la modificación del Plan de Vigilancia Epidemiológica: al identificar a una embarazada con riesgo de morir se le asignaba personal de base para el cuidado estrecho de la paciente, vía telefónica se comunicaba a las autoridades de servicios médicos para coordinar la atención y facilitar los recursos necesarios”. (30) “Se notificaba diariamente el estado de salud



de la paciente y la estrategia "Enlace entre la Gestión Directiva y Atención Clínica Oportuna", con lo que se incrementó 59% la vigilancia epidemiológica, y aunque los ingresos a las unidades de terapia intensiva se incrementaron 147%, la muerte materna en ese servicio disminuyó de 17,6% a 4,7%, esta estrategia podría realizarse en el Perú, pero requiere de mayor presupuesto en el sector Salud que políticamente sería viable".
(30)

Los casos referidos al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón: fueron por convulsiones, fiebre e hipertensión arterial. Muchos de estos casos referidos tuvieron demora en la referencia probablemente como las convulsiones ya que no fueron derivados cuando tenían signos premonitorios.

En relación a la muerte ocurrida por aborto los datos encontrados coinciden con los datos a nivel nacional: todos fueron provocados y esto es porque existen lugares clandestinos que se dedican a realizar estas actividades y que es función de las autoridades de salud hacer las coordinaciones para su intervención, ya que nuestra legislación no permite estas actividades.

Sobre el parto: los casos de muerte materna que tuvieron parto en el hospital la mayoría fueron distócicos siendo indicada su cesárea. La mayoría de los partos fueron atendidos por profesionales como el médico y obstetra estos fueron partos intra-hospitalarios, luego menos de la mitad



de los partos fueron atendidos por no profesionales como Técnico y partera, es decir partos extra-hospitalarios, estos datos no coinciden los del informe del SIS a nivel nacional del 2006 donde el 96,6% de partos fueron atendidos por profesionales; pero, en Puno aún faltan profesionales de la salud en su ámbito regional. "Un estudio realizado en zonas rurales de Bangladesh sugiere que mejorar la oportuna derivación de partos con complicaciones a centros de salud por parteras capacitadas podría reducir la morbilidad y mortalidad maternas". (30)

Los casos de muerte materna directa que tuvieron su parto en el hospital la mayoría fue monitorizado su parto y una minoría de los casos de muerte materna sus partos no fueron monitorizados porque fueron atendidos en un puesto de salud y en su domicilio lo que incrementa más el riesgo.

De los partos atendidos en el hospital de los casos de muertes maternas directas la quinta parte de los casos el tipo de parto fue vaginal de vértice y la mayoría de los casos el tipo de parto fue por Cesárea de urgencia.

De los casos de muertes maternas directas que se realizaron cesáreas la primera causa fue eclampsia. Según el informe del SIS del 2006 cerca de la mitad de los casos de las cesáreas son de procedencia rural.



Los resultados del presente trabajo coinciden con los encontrados en estudios previos realizados quienes encuentran que la incidencia de Pre-eclampsia fue 38%, y requirieron parto por cesárea la mayoría de las pacientes.

Las circunstancias de la muerte de los casos de muerte materna directa casi la tercera parte de los casos fallecieron en el primer día de puerperio y la mayoría de los casos en los seis días de puerperio, esta hospitalización corta se debe posiblemente al estado de gravedad en el que llegan los pacientes al hospital.

Los casos de muerte materna de causa directa tuvieron tratamiento quirúrgico en la mitad de los casos en el puerperio. Y es posible que haya habido demora en el tratamiento quirúrgico porque existen opiniones de algunos anestesiólogos de que pocos ginecólogos realizan histerectomía y esperan al jefe de departamento para la evaluación y resolución quirúrgica. "La mayoría de las complicaciones obstétricas potencialmente mortales no pueden ser pronosticadas o prevenidas, pero si pueden ser tratadas". (37). "La investigación realizada por el proyecto Prevention of maternal Mortality ha llamado la atención sobre la importancia de la atención obstétrica esencial, en especial la atención de urgencia, para reducir la mortalidad materna". (38).

Los casos de muerte materna de causa directa que tuvieron tratamiento quirúrgico en el puerperio en casi la tercera parte de los casos



se hizo legrado uterino y cerca de la mitad de los casos se hizo histerectomía.

Es importante mencionar que todos los casos recibieron tratamiento con antibióticos, expansores de volumen y transfusiones sanguíneas.

En relación a las razones de mortalidad materna en el período de estudio hay una tendencia a incrementarse los primeros dos años y luego hay una tendencia a la disminución los dos últimos años siendo así: el 2012 con 562 x 100,000 n.v. y en el año 2013 fue mayor con 746 x 100,000 n.v., el 2014 585 x 100,000 n.v., y el 2015 329 x 100,000 n.v. Estos datos encontrados en el estudio son menores que la razón de mortalidad materna mundial que se estima actualmente en 400 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos. Es decir 529,000 defunciones anuales.

“En el estudio del Hospital Nacional Cayetano Heredia tienen menor razón de mortalidad materna”. (14) “siendo esta de 112,5 por 100 nacidos vivos, posiblemente porque la realidad de la calidad de atención en Lima Norte es muy diferente a la de la ciudad de Puno, al igual que el estudio efectuado en Venezuela”. (15), “en su investigación de mortalidad materna directa del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. 1992-2000, Venezuela, donde encontró: La tasa de mortalidad materna directa fue 75%por 100,000”. (14)



CONCLUSIONES

PRIMERA. - Se ha identificado las causa básica y factores más frecuentes de la mortalidad materna directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2012- 2015.

SEGUNDA. -Las causas básicas de las muertes maternas directas más frecuentes son: hemorragia de la segunda mitad del embarazo (Atonía uterina, hemorragia postparto, placenta de inserción baja y Parto complicado por inversión de útero), trastornos hipertensivos en el embarazo (eclampsia, hipertensión del embarazo), endometritis puerperal y aborto séptico.

TERCERA. - Los factores relacionados a la ocurrencia de la mortalidad materna directa son: la adolescencia, la mayoría de los casos eran de zona rural. Etapa puerperal. Sistema de referencia deficiente. Falta de atención de calidad del parto por falta de profesionales de la salud.



CUARTA. - El periodo clínico en el que ocurrió las muertes maternas fueron durante aborto, puerperio, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital regional, atención del parto y la razón de mortalidad materna por año en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015.





RECOMENDACIONES

PRIMERA. - La Dirección Regional de Salud debe comprometer al gobierno regional, al gobierno local, a todos los trabajadores del sector salud, a las autoridades comunales, a las asociaciones civiles, organismos no gubernamentales a realizar políticas regionales a favor de la salud materno.

SEGUNDA. -Para reducir los casos de muerte maternas directas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón sugerimos a toda la personal obstetricia inducir en el cumplimiento de las guías de atención obstétricas que deben realizar todos los profesionales y no profesionales que laboran en su servicio.

TERCERA. - Al equipo de gestión del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón hacer proyectos de mejoramiento continuo para reducir los factores relacionado a la de muerte materna como mejorar la capacidad resolutive, incrementar personal profesional en el hospital (Favorecer una cultura de donación de sangre en la población, mejoras en los sistemas de referencia).



CUARTA. - El Director Regional de Salud pueda gestionar mayor presupuesto para difusión en medios de comunicación en salud materno para así disminuir las muertes maternas para concientizar a la población en edad fértil, a los familiares para que tengan conocimiento sobre los signos de alarma del embarazo.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA – DGSP. Reglamento de Funcionamiento de los Comités de Mortalidad Materna y Perinatal. Lima, Perú: 2006
2. DIRESA PUNO – DGE. Análisis Situacional de Salud. Puno, 2008.
3. INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO OMS. Atender 136 Millones de Partos Anuales. 2005. USA. 65 p.
4. . Schwarcz-sala, R.; Fesina, R. y Duverges, C. 2005. Obstetricia. 6ta Edición. Junio 2005. Buenos Aires, Argentina.
5. Ronsmans, O, Holtz, S., Stanton, O. Socioeconomic Differentials in Caesarean Rates in Developing Countries: a Retrospective Analysis.Rev. 28 October 2006.The Lancet, volume: 368. Número: 9546. pp. 1516 - 1523.
6. Salhuana, M. y Cois, Y. Pre-eclampsia: Factores de Riesgo. Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Departamento de Salud Pública. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Rev. Med. Hered.1912;7: pp. 24 -31.



7. Díaz, J.; Salvador, J.L; Hidalgo, F. Mortalidad Materna Experiencia de 4 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Ginecol. Obstet. 2010; 50 (2): pp. 97-100.
8. Faneite, A.; Carnieri, M. Mortalidad Materna Directa. Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. 1992-2000. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela. 2003.
9. PINEDO, A.; Távara, L; CHumbe, O.; Parra, J. Factores de Riesgo Asociados a La Mortalidad Materna. Rev. Gineco y Obstetra -Vol. 41 N° 3. set. 2012.
10. Pasará, F. Análisis de la Mortalidad Materna. DIRESA- Puno, Perú. 2012.
11. Velasco-Murillo, V. (2008)EI Descenso de la Mortalidad Materna en el IMSS, 2000-2005. Rev. Med. Inst. Méx. Seguro Soc. 2008; 46 (2): pp. 211-218
12. Donoso, S. Mortalidad Materna en Chile, 2000-2004. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2012.
13. Montesano-Delfín, J.Cois,Y. Mortalidad Materna: Enlace entre Gestión Directiva y Atención Clínica Oportuna. Rev. Med.Inst. Mex. Seguro Soc. 2009; 47 (1): pp. 109-116
14. Salviz, M. y Cois, Y. Pre-eclampsia: Factores de Riesgo. Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Departamento de Salud Pública. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. (Rev. Med. Hered. 1996; 7: pp. 24-31.



15. Vegas 2010 Mortalidad Materna en el Perú.
16. Faneite, Marianela Rivas (2012) Departamento de Obstetricia y Ginecología. Departamento Clínico Integral de la Costa. Universidad de Carabobo. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela (16).
17. Alcántara. D. en el Perú 2010 en su presente estudio la mayor frecuencia de muerte materna
18. Maguiña. M. et al. En Perú 2013, estima que 6846 muertes maternas ocurrieron en el periodo 2002-2011,
19. O.M.S. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Otros Problemas de Salud. CIÉ - 10. 1992.
20. SALINAS (2011), aclara, que para el logro de este objetivo es necesario analizar los múltiples factores
21. O.M.S. UNICEF, UNFPA, B.M. Informe sobre la Salud en el Mundo Capítulo 4: Atender 136 Millones de Partos Anuales en 2005. 2008. pp. 66.
22. MINSA – DGSP. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015. Lima, Perú. 2009.
23. Sierra R. Sepsis grave y shock séptico: aspectos etiopatogenicos, Fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Tercer congreso internacional de medicina critica en internet, 2001.
24. Pérez D, Planto. A. Factores Epidemiológicos asociados al aborto. Ginecología y Obstetricia 2004(3):48-51.
25. O.M.S. UNICEF, UNFPA, B.M. Mortalidad Materna en 2005. 2008, pp.25



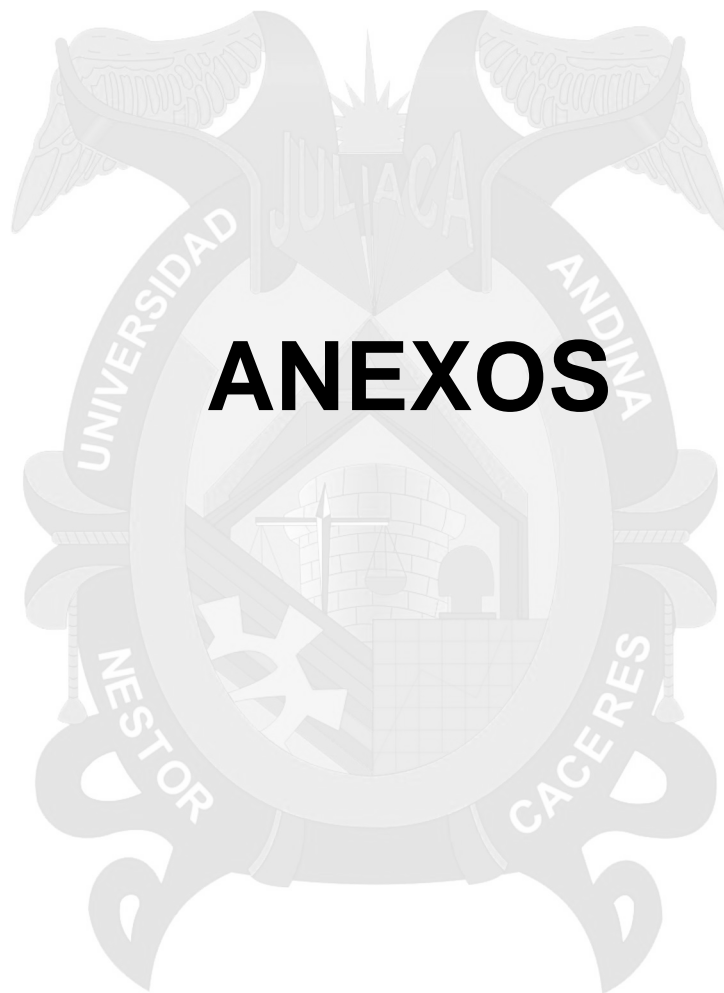
26. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido. Guía Técnica N° 1. 2007. Lima, Perú.
27. O.P.S: Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros Problemas relacionados con la salud. 10ª. revisión. 3 v. Washington, DC: OPS; 1999. (Publicación científica 554).
28. O.M.S., UNICEF, UNFPA, B.M. Mortalidad Materna en 2005. 2008. 29 p
29. MINSA - Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud. Lima, Perú. 2005.140 p.
30. Rush, D. Nutrition and Maternal Mortality in the Developing World. American Journal of Clinical Nutrition 72(supplement):212s-240s (2000).
31. C.N.R., UNICEF. Informe Estado Mundial de la Infancia 2009, Gestantes de Zonas Rurales corren mayor riesgo de Muerte en Parto. Lima, 26 de febrero del 2009
32. MINSA – DGE. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Lima, Perú. 2005.
33. MINSA – DGE. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Lima, Perú. 2005. 12 p.
34. Delgado, V. Causas y Factores de la Mortalidad Materna en la Provincia de Arequipa 1987 -1996. Tesis Doctoral UCSM. 1998
35. Robinson, J. Working with Traditional Birth Attendants to Improve Iron Tablet Utilization by Pregnant Women in Mother Care's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects. 1993 - 2000, edited by S., Jessop, C. Morrissey, E. Dusch, A. Cox and e. Joñas. Arlington, va: John Snow International



36. . PCM, Comisión Interministerial de Asuntos Sociales – CÍAS. Resumen Ejecutivo Informe del Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 15 de octubre 2009, Perú- 2008. Lima, Peru. pp. 26- 28.
37. Pereyra, H. Promoción de la Salud en el Ministerio de Salud: Salud de las Adolescentes. Lima: Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, 2002. pp. 137-49.
38. Sandoval, V. atención prenatal, parto institucional y atención post parto en el Perú: efectos individuales y de la comunidad. Tesis de Maestría en población y salud.2002.San José. Universidad de Costa Rica.
39. Policy Project. MNPI: índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal. USAID. 2001. pp. 4.
40. Grupo Interagencial de Género del Sistema de las Naciones Unidas en México. Género y los Objetivos del Milenio. Marzo 2008 Día Internacional de la Mujer.200
41. Tejada, D. La Salud como un Derecho Humano o el Derecho de Todos a la Salud. Ed. Salud de las Adolescentes, Lima: Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud 2012: pp. 27-35.
42. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico en Salud Pública– DGE – MINSA. Información preliminar 2015. 2015. Lima, Perú.



43. Rumsey, D.J. Utilization of Health Facilities and Trained Birth Attendants
For Childbirth in Rural Bangladesh: an Empirical Study. Soc.Sci Med
2002: 54. pp. 17 - 65.
44. Aguirre, A. Reseña de la Mortalidad Materna en México. Estudios
Demográficos y Urbanos. 2002. pp. 235 – 237.
45. Pineda, E; de Alvarado Canales, A. Metodología de la Investigación.
Serie Paltex. 2da Edición. 2000. OPS.
46. Távara - Orozco, L. Contribución de las Adolescentes a la Muerte Materna
en el Perú. Ginecol. Obstet. 2004; 50 (2): pp. 111– 122
47. Maine, D. And Rosenfield, A.: The Amdd Program: History, Focus and
Structure. International Journal of Gynecology & Obstetrics 74: pp. 99 –
103 (2001).



ANEXOS



PROBLEMA			METODOLOGÍA	
-Problema general. PG: ¿Cuáles son las causas básicas y cuáles son los factores más frecuentes de la mortalidad materna directa en el hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2012- 2015?	OG. Determinar las causas básicas y los factores más frecuentes de mortalidad materna directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2012-2015.	Hipótesis General. Las causas básicas de la muerte materna son la preeclampsia y las hemorragias y los factores más frecuentes de mortalidad materna directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2012-2015 son la edad materna extrema, la procedencia rural, bajo nivel educativo y estado civil conviviente.	Muerte materna Causas y factores	Tipo de investigación. Es descriptivo, retrospectivo y transversal. Técnicas. Revisión documental. Instrumentos. Anexo 1 Anexo 2
-Problemas específicos. PE 1.- ¿Cuáles son las causas básicas de las muertes maternas directas por años ocurridas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015?	OE 1.- Identificar la causa básica de las muertes maternas directas ocurridas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015.	HE 1.- Las causas básicas de la muerte materna son la preeclampsia y las hemorragias en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015.	Población materna	
CPE 2.- ¿Cuáles son los factores relacionados a la ocurrencia de mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015?	OE 2.- Identificar los factores relacionados a la ocurrencia de mortalidad materna de causa directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015.	HE 2.- Los factores más frecuentes de mortalidad materna directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2012-2015 son la edad materna extrema, la procedencia rural, bajo nivel educativo y estado civil conviviente.		
PE 3.- ¿Cuál es el periodo clínico, aborto, puerperio, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital regional, atención del parto y la Razón de Mortalidad materna por año en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015?	OE.3 Establecer el periodo clínico aborto, puerperio, embarazo controlado, edad gestacional, estado nutricional, referencia al hospital regional, atención del parto y la Razón de Mortalidad materna por año en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015.	HE 3.- El periodo clínico es el puerperio, edad gestacional de tercer trimestre, estado nutricional de bajo peso, referencia al hospital regional, atención del parto por médico y la Razón de Mortalidad materna por año en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en los años 2012-2015 es variable.		



ANEXO 2

Historias clínicas de gestantes fallecidas del 2012-2015 en el
Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno.

443040	449166	451214	454481
449733	332550	473964	475158
389218	492507	318243	652266
425835	475754	417241	29540615

**ANEXO 3**

Ficha de causa básica y factores de la mortalidad materna en el
Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, 2012-2015. (16).

CASO N°

PROCEDENCIA:

PROVINCIA		SERVICIO DE SALUD	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO			
DÍA MES AÑO			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO			
NOMBRE			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE			
SIS	N° HISTORIA CLINICA		EDAD
DIRECCION			
CALLE.AVENIDA O PASAJE		NOMBRE	NÚMERO
DIRECCIONES(COMUNIDAD)			
OCUPACION	ESTADO CONYUGAL.		NIVEL DE EDUCACIONAL
	1.CASADA		1.-PRIMARIA 3.-TÉCNICO PROFESIONAL
	2.SOLTERA		2.-SEGUNDARIA 4.-SUPERIOR
	3.CONVIVIENTE		5.-NINGUNO
CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE			
FECHA Y HORA DE		LUGAR DE OCURRENCIA DE LDEFUNCIÓN	HOSPITALIZACION
DE DEFUNCION			PREVIA A LA
		1.- HOSPITAL	MUERTE
			1.- SI



2.-NO		
N° DE DIAS HOSPITALIZACIÓN	N° DE CONTROLES POR PROFESIONAL DURANTE LA HOSPITALIZACION	DIAGNÓSTICO DE INGRESO A HOSPITALIZACION
		1.- 2.-
PERÍODO CLÍNICO EN LA QUE OCURIO LA MUERTE		CAUSA BÁSICA DE LA MUERTE 1.-CAUSA INMEDIATA
1.-ABORTO 2.-EMBARAZO 3.-PARTO 4.-PUERPERIO (hasta 42dias post-parto)		MUERTE MATERNA CAUSA DIRECTA 1.-Muerte durante el embarazo temprano 2.-Sangrado antes del parto 3.-Sangrado durante el parto
		4.-Sangrado post parto 5.-Parto obstruido 6.-Enfermedad hipertensiva 7.-Sepsis
MUERTE MATERNA CAUSA INDIRECTA 1.-Enfermedades de la sangre y de los órganos 2.-Enfermedad de los endocrinas, nutricionales y metabólicas 3.-Enfermedades del sistema circulatorio 4.-Enfermedades del sistema respiratorio 5.-E Enfermedades del sistema digestivo 6.-Otras		



ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

EMBARAZO ESPECIFICAR	FECHA DE INGRESO A	EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE	RIESGO
CONTROLADO OBSTETRICO	CONTROL PRENATAL	AL INICIO DEL	CONTROLES	ARO BRO
1.- SI			CONTROL PRENATAL	
2.- NO		DIA MES AÑO	1.-SI	
			2.-NO	
PRESENCIA DE PATOLOGIA MATERNA EN EL EMBARAZO	ESTADO NUTRICIONAL AL INICIO DEL CONTROL PRENATAL	DERIVACION A NIVEL SEGUNDARIA DURANTE CONTROL PRENATAL		
1.-SI	1.-BAJO PESO 3.-SOBREPESO			
2.-NO	2.-NORMAL 4.- OBESA			1.-SI
				2.-NO
MOTIVO DE DERIVACION.....				

DEL CONTROL PRENATAL EN CASO DE MUERTE POR ABORTO

TIPO DE ABORTO	EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO	METODO USADO EN
1.-ESPONTANEO	DE LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO	CASO DE ABORTO
		1.- SONDA
2.-PROVOCADO		2.- TALLO VEGETAL
		3.- VACIAMIENTO
		4.- DROGAS
		5.- OTROS



EN CASO DE MUERTES OCURRIDAS EN EL PARTO DEL TRABAJO DE PARTO

TIPO DE TRABAJO	DURACION DEL TRABAJO	PERSONA QUE CONTROLA	NUMERO
DE PARTO	DEPARTO	EL TRABAJO DE PARTO	CONTROLES
1.-ESPONTANEO	1.- HORAS	1.-OBSTETRA	OBSTETRICOS
2.-INDUCIDO	2.- MINUTOS	2.-MEDICO	DURANTE EL
		3.-SIN CONTROL	TRABAJO DE
			PARTO
MONITORIZACION			
DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	1.-SI	2.-NO	

DEL PARTO Y LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO

FECHA Y HORA DEL PARTO	TIPO DE PARTO	LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO	
HORA	1.-VAGINAL DE VERTICE	1.- HOSPITAL	3.-VIA PUBLICA
MINUTO DIA	2.-VAGINAL DE NALGAS	2.- CLINICA	4.-DOMICILIO
MES AÑO	3.-FORCEFS	5.-OTROS	
	4.-CESAREA ELECTIVA		
	5.-CESAREA DE URGENCIA		
CAUSA DE LA CESAREA.....			
.....			
PERSONAS QUE ASISTIO EL PARTO			
1.-MEDICO	2.- OBSTETRA	3.-TECNICO	4.-TECNICO
			5.-SIN ASISTENTE
USO DE ANESTESIA		1.-SI 2.-NO	
PERSONA QUE ADMINISTRO LA ANESTESIA			



1.-MEDICO	2.- ANESTESIOLOGO	4.-SIN ANESTECIA	5.-OBSTETRA
TIPO DE ANESTESIA	1.-LOCAL	2.-RAQUIDEA	3.-INHALATORIA

EN CASO DE MUERTE OCURRIDA EN EL PUERPERIO

69. HORAS O DIAS DE PUERPERIO TRANSCURRIDAS		70. CONTROL DE	
		PUERPERIO DIA HORA	
DIA	HORA	1.- SI	2.-NO
71.LUGAR EN QUE SE REALIZO EL CONTROL PUERPERIO			
.....			
.....			
72.TRATAMIENTO QUIRÚRGICO		ESPECIFICAR	
EN EL PUERPERIO		
1.-SI	2.-NO		
73.TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		ESPECIFICAR	
EN EL PUERPERIO		
1.- SI	2.-NO		